Rok LIV. Kraków, w Listopadzie 1915. Nr 2.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT,

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Od Redakcyi.

Słowa zachęty i podziękowania, nadchodzące nawet z odległych stron, dowodzą, że wznowienie wydawnictwa było istotnie na czasie. Do grona wydawców, ofiarujących środki na wydawnictwo, przyłączyli się z Krakowa koledzy: Borzęcki, Mayer, Mazurkiewicz, Radliński, Scharf; z poza Krakowa przyłączył się pierwszy kol. Dłuski z Zakopanego.

Mamy nadzieję, że autorowie prac, nadsyłanych nam do ogłoszenia, uwzględnią obecne warunki wydawnictwa, prosimy więc autorów o treściwość, o ograniczenie się w przytaczaniu piśmiennictwa do rzeczy bezwarunkowo niezbędnych, w opisach spostrzeżeń do szczegółów istotnie ważnych.

Członkowie Towarzystwa lekarzy galicyjskich korzystają w otrzymywaniu czasopisma z praw dotychczasowych, o ile opłacą należące się do Towarzystwa wkładki, przyczem przypominamy, że wkładki te, jak i opłaty do Izb lekarskich, służą także na wsparcia dla wdów i sierot po kolegach, które teraz potrzebują pomocy więcej niż kiedykolwiek.

Doświadczenia z chirurgii wojennej 1914/15.

Podał

Doc. Dr Z. Radliński (Kraków).

Uwagi ogólne.

Nie zamierzam podnosić ogólnie znanych faktów i ustalonych zasad z dziedziny przebiegu i leczenia ran wojennych. Za zadanie swoje uważam ogłosić wyniki, otrzymane postępowaniem, w kilku dziedzinach odbiegającem od postępowania typowego. Podnieść muszę, że t. zw. typowe postępowanie musiało w wielu dziedzinach, wskutek udziału w lecznictwie wojennem szerokich warstw lekarskich, nie wyszkolonych specyalnie chirurgicznie, uledz ile możności udostępnieniu i uproszczeniu. Nie można było przed lekarzami, do tego nieprzygotowanymi, stawiać zadań, dla nich niewykonalnych. Przeprowadzenie postulatów operacyjnych i wogóle leczniczych w szerszym stylu, stosowanych przez lekarzy nie-fachowców chirurgów, musiałoby pociągnąć za sobą następstwa dla rannych niepomyślne. A przecież — »primum non nocere«. Wskutek tego »typowe« postępowanie musiało uledz na ogół pewnemu uproszczeniu i rzecz oczywista, że odstępstwa od typu stają się dozwolone w miarę uzdolnienia danego fachowego chirurga, oraz zależnie od warunków warsztatu jego pracy.

Moja działalność na polu chirurgii wojennej dzieli się na dwa okresy. Pierwszy obejmuje pierwsze 3 miesiące wojny i dotyczy materyału szpitala garnizonowego w Krakowie. Z powodu ogromnego nawału pracy nie mogłem w tym okresie wyjść poza najniezbędniejsze czynności lekarskie. Działalność operacyjna z powodu warunków zewnętrznych była utrudniona. Ocenić wyniki było prawie niepodobna z powodu konieczności usuwania operowanych w głąb kraju, skoro tylko transport mógł być bez większej szkody dla chorego podjęty, niestety czasem nawet przed tą chwilą. To są smutne, twarde konieczności wojny z dziedziny tych samych, jakie w pobliżu frontu tak znacznie paraliżują najlepsze chęci i najwyższe uzdolnienia poszczególnych lekarzy. Aczkolwiek zdobyte doświadczenia, zwłaszcza w dziedzinie organizacyjnej, bardzo wiele w tej sprawie polepszyły, to jednak nie wolno nam oczu zamykać na fakt, że tak, jak bolesną koniecznością wojny jest śmierć ludzka na polu walki, tak też i całokształt postępowania z rannymi odbiegać musi niestety od norm pokojowych, odbiegać w kierunku niekorzystnym

Dopiero dalej, w głębi kraju, w warunkach do pokoju zbliżonych, powstawać mogą i muszą punkty lecznicze, dobrze urządzone, w których na przebieg leczenia nie ma wpływu nic innego poza samą sprawą chorobową.

Kierownictwo jednej z takich stacyi chirurgicznych, w pawilonie chirurgicznym szpitala fabrycznego w Witkowicach na Morawach, objąłem od listopada 1914 i tu dopiero zaczyna się drugi, prawdziwie owocny okres mej pracy. Sam warsztat pracy, pawilon, z chwilą wybuchu wojny zaledwie wykończony, jest zakładem dla 90 chorych,

zbudowanym z przepychem najlepszych współczesnych zakładów leczniczych. Warunki światła, powietrza (wentylacya, ozonizacya), przestrzeni, komfortu, — wprost wzorowe. Warunki techniczne sal operacyjnych i innych urządzeń pomocniczych zupełnie dobre i pozwalające na wykonywanie wszystkiego, co dzisiejsza chirurgia do swych zdobyczy zalicza.

Bardzo ważnym korzystnym czynnikiem leczniczym była ta okoliczność, że nie musiałem chorych z oddziału usuwać bez względu na ich stan i miałem ich w opiece aż do okresu, który, przynajmniej »quoad vitam«, już wątpliwości nie pozostawiał. Natomiast dla szybszej przemiany materyału pomyślną była obecność w bezpośredniem sąsiedztwie lazaretu, adaptowanego ze szkoły, dokąd mogłem chorych w dalszych już pooperacyjnych okresach przenosić na doleczanie i gdzie również mogli oczekiwać chwili, odpowiedniej do operacyi, ci chorzy, u których na razie operacya byłaby przedwczesną (przypadki ropień kostnych, urazów pni nerwowych i in.). Lazaret ten pod moim dozorem prowadził jeden z moich asystentów. Nie mogę pominąć bardzo pod względem sanitarnym ważnego faktu, świadczącego o dobrej organizacyi, że przed przybyciem do pawilonu, czy też lazaretu, ranni przechodzili odpowiednią kwarantannę oraz czyszczenie z brudu i robactwa w osobnym, zdala położonym oddziale, t. zw. koszarach. Tylko rannym, wymagającym szybkiej pomocy chirurgicznej, dozwolona była droga wprost na oddział chirurgiczny, tu jednak tacy ranni bywali pomieszczani przez czas pewien zupełnie osobno.

Powyżej wspomniane korzystne warunki oddziału skłaniały kierowników licznych szpitali w okręgu Morawskiej Ostrawy do przenoszenia chorych z poważnemi sprawami dla operacyi do pawilonu w Witkowicach. Naturalnie miało to również korzystny wpływ na jakość mojego materyału.

W ostatnich tygodniach, wskutek znacznego oddalenia się linii frontu i uruchomienia wielkiej liczby dobrych szpitali między tą linią a tutejszym okręgiem, napływ rannych osłabł i również obniżyła się znacznie doniosłość oraz świeżość przysyłanych uszkodzeń. Ponieważ najpewniej ten stan rzeczy utrzyma się i nadal, mogę ten okres działalności uważać za skończony lub conajmniej kończący się, i to skłania mnie do opisu już teraz.

Wszystkie niemal spostrzeżenia i doświadczenia oraz wyniki moje przedstawiałem na regularnie odbywających się w Morawskiej Ostrawie posiedzeniach Towarzystwa lekarskiego, na t. zw. wieczorach chirurgii polowej, gdzie udział brali lekarze miejscowi wraz z czynnymi w okręgu lekarzami wojskowymi.

Chirurgia części miękkich.

Rany tej grupy różnią się od siebie znacznie, zależnie od tego, czy zadane są z broni palnej ręcznej, czy też przez artyleryę. Rany od broni białej — bagnet, szabla — należały przez cały czas do rzadkości i nie wymagają osobnego uwzględnienia. Rany artyleryjskie są na ogół niepomiernie groźniejsze od ran karabinowych, a to wskutek znacznie większego zmiażdżenia tkanek zarówno kulami szrapnelu, jak odłamkami granatu, znacznie większych rozmiarów otwartej rany — i, co za tem idzie, znaczniejszego zakażenia ran. Ogromna liczba ran artyleryjskich, w pewnych okresach nawet ich przewaga, mimowoli nasuwa myśl, czy nie należałoby humanitarnego oburzenia na pociski »dum-dum« rozszerzyć i na pociski armatnie. Jeżeli nie, to głośne wzajemne oskarżanie się stron wojujących o używanie kul »dum-dum« i innych rozrywających kul karabinowych trąci cokolwiek hypokryzyą. Widocznie wojna ma swoje twarde konieczności, a tak podnoszona »humanitarność« dzisiejszej broni ręcznej nie była celem, do którego dążono przy jej doskonaleniu, ale tylko przypadkowem zjawiskiem ubocznem.

Bardzo wyraźnie na przebiegu ran odbijał się wpływ pierwotnego opatrunku. Opatrunek nałożony w porę, umiejętnie, nie zamoczony i nie zsunięty, zapewniał ranom, zwłaszcza karabinowym, bardzo często przebieg łagodny i gładki. Widoczne były pod tym względem zarówno wpływy wprawy personalu opatrującego — coraz korzystniejsze — jak i następstwa suchych lub dżdżystych, błotnistych okresów roku. Okresy dżdżyste miały nieraz na drobne nawet uszkodzenia wpływ zgubny. Tosamo można powiedzieć o warunkach transportu. W miarę nabywanego doświadczenia niewątpliwie coraz lepsza organizacya transportu rannych, oraz ulepszenia w zakładanych — a tak ważnych — unieruchomieniach, wybitnie korzystnie wyróżniały rannych z ostatnich miesięcy od rannych z pierwszych okresów wojny.

Do typowych powikłań rany należą oczywiście najczęściej ropne jej zakażenie, wraz z szerzeniem się sprawy na otoczenie: ropowica (phlegmone). W odpowiedniej chwili wykonane szerokie nacięcie z otwarciem zatok, sączkowanie sączkami gumowymi, oraz luźno wprowadzaną gazą — taką czy inną, byle jałową — zawsze niemal wiodą do celu. Najusilniej ostrzedz należy przed silnem szczelnem tamponowaniem ran gazą, zwłaszcza w razie niewielkiego cięcia i znacznej jamy ropnej; wiedzie to zawsze do zatrzymania się wydzieliny, oraz szerzenia się sprawy w kierunku mniejszego oporu — na otaczające tkanki zdrowe. Wybitnym czynnikiem pomocniczym w leczeniu zakażeń ropnych okazał się opatrunek wilgotny, przesycony jakimś jałowym, lub lekko odkażającym płynem (octan glinowy), pokryty warstwą batystu Billrotha lub papierem parafinowanym. O ile opatrunek taki jest dobrze nałożony i nie wysycha przed czasem (warstwa nieprzemakalna powinna wszędzie wystawać na kilka centymetrów poza sam opatrunek), daje on korzyści następujące: 1) wytwarzane ciepło wywołuje czynne przekrwienie miejscowe i wzmaga zdolność obronną tkanek; 2) nie dopuszcza do zasychania wydzieliny w strup, zamykający odpływ z rany i pozwala niekiedy ograniczyć nawet rozmiary cięcia; 3) działa niewątpliwie kojąco na ból. Cały szereg wspomnień, gdy ranni, znający z długiego leczenia opatrunek suchy i wilgotny, prosili usilnie o opatrunek wilgotny — za tem przemawia. Należy skórę w otoczeniu rany pokrywać zawsze warstwą waseliny, aby zapobiedz maceracyi i wszczepianiu się drobnoustrojów z rany do otworów skórnych (wyprysk, czyraki) (Lexer).

Nawet przy ranach części wyłącznie miękkich, o ile są w stanie zapalnym, często okazuje się potrzeba unieruchomienia zapomocą szyn (nie za krótkich). Zapewniają one ranie pożądany spokój. Zgodnie z wielu innymi odradzał-

bym twardniejącą opaskę krochmalną, ponieważ zachęca ona nieraz do trzymania opatrunku bez zmiany dłużej, niż należy, łudząc swym czystym pozorem.

W sprawie zapobiegania powstaniu zakażeń ropnych, czy też znaczniejszemu ich rozwojowi, przez wczesne wycięcia części zranionych niemam doświadczenia osobistego. Przez nieznanych mi bliżej chirurgów francuskich, jak wiem o tem z ustnych sprawozdań kolegów, mających styczność z frontem zachodnim, bywa wykonywane wycięcie ile możności dokładne kanału rany od broni ręcznej i szew zupełny — nawet przy ranach czaszki. Wyniki nie są mi znane, a postępowanie to uważam conajmniej za ryzykowne.

Wobec szarpanych ran od granatów bywa stosowane (Müller-Rostok i in.) doraźne, wczesne, szerokie nacinanie, otwieranie uchyłków i zatok, usuwanie części zmiażdżonych pod kierunkiem badania rany ręką w rękawiczce gumowej. Jak wspomniałem, w sprawie tej nie mam doświadczenia osobistego, ponieważ nie miałem do czynienia z ranami dość świeżemi. Albo już zaznaczała się skłonność do sklejania się doraźnego rany, albo było już wyraźne zakażenie ropne.

Do dość częstych powikłań zakaźnych ran postrzałowych należy w wojnie obecnej t. zw. ropowica (względnie zgorzel) gazowa. Wszyscy koledzy, pracujący blizko frontu osobiście spostrzegali liczne przypadki tej sprawy i podejmowali z nią mniej lub bardziej skuteczną walkę, wogóle skuteczniejszą, niżby to spostrzeżenia z czasów pokoju pozwalały przypuszczać.

Ponieważ najczęściej powikłanie to zjawia się w ranie w pierwszych 6 dniach (Franz) i odrazu stwarza bardzo ciężki obraz chorobowy, uniemożliwiający transport rannego, — więc do mojej stacyi chirurgicznej dostawały się tylko rzadkie przypadki późniejsze, w liczbie 4. Z tych chorych 2 zapomocą amputacyi zostało uratowanych, 2 zmarło pomimo amputacyi i nacięć. Niekiedy obraz bywa niezupełnie wyraźny i nie należy za zgorzel gazową uważać każdej takiej zgorzeli, gdzie w obrębie tkanek już martwych występuje pienista posokowata wydzielina (jak to bywa przy zgorzelach wskutek przerwania naczyń odżywiających, n. p. na goleni), ale tylko te przypadki, gdzie pod powłokami powyżej zgorzeli tworzą się gazy. Powłoki mają w tych razach zabarwienie szare z brunatnemi smugami (wzdłuż żył — hemoliza), są rozdęte, trzeszczą przy dotykaniu, dają przy opukiwaniu dźwięk poduszki z pierzem. Sprawa szerzy się szybko, a nie leczona, w ciągu dni paru wiedzie do śmierci. Mają istnieć klinicznie dwa typy — lżejszy, podskórny, nadpowięziowy i cięższy, podpowięziowy, międzymięśniowy (Payr). Osobiście widziałem tylko ten drugi, a właściwie połączenie obu. Badań bakteryologicznych nie przeprowadzałem. Podejmowano je na froncie francuskim i znaleziono prątki Fränkla (bacillus emphysem. Fränkel), oraz czasem prątki obrzęku złośliwego.

Ze sposobów leczenia: szerokie nacięcia, sięgające aż w tkanki zdrowe, z przemywaniem ran wodą utlenioną, wdmuchiwania tlenu (Thiriard) i amputacya, — w moich późnych, a jednak bardzo ciężkich przypadkach stosowałem tylko amputacyę poza granicami widocznej zgorzeli, ale jeszcze przeważnie w obrębie gazowo trzeszczących tkanek, z dodatkiem podłużnych głębokich cięć z luźną tamponadą gazą, przesyconą wodą utlenioną. Wdmuchiwań tlenu nie robiłem.

Na wzmiankę zasługuje przypadek złamania postrzałowego w górnej połowie uda, dostarczony w tydzień po zranieniu w dobrym opatrunku gipsowym, w stanie ogólnym dobrym, bez bólów, z ciepłotą poniżej 38° i odpowiedniem tętnem. W ciągu pierwszej doby pobytu na oddziale występuje krwotok. Natychmiast zdjęcie gipsu, przy ucisku na tętnicę udową pod więzadłem Pouparta szerokie otwarcie obu, nadspodziewanie silnie zakażonych ran postrzałowych na udzie, ujęcie i podwiązanie krwawiącej gałęzi tętnicy udowej głębokiej, usunięcie paru luźnych odłamków z rozległego złamania. Unieruchomienie na szynie. Nazajutrz wśród pogorszenia stanu ogólnego — trzeszczenie skóry, sięgające aż na brzuch, wysoka ciepłota. Niezwłoczne wyłuszczenie uda w stawie biodrowym oraz nacięcia poza obręb powłok trzeszczących, tamponada z H_2O_2 — nie pomogły; śmierć w ciągu najbliższej nocy. Zgorzeli kończyny poniżej strefy zakażonej nie było.

Co do techniki amputacyi w przypadkach zgorzeli gazowej, a także i innych ciężkich zakażeń ropnych, to polecana bywa t. zw. linijna (raczej jednopłaszczyznowa) poprzeczna amputacya, podana przez Kauscha. Przy tym sposobie, o ile zabieg utrzyma chorego przy życiu, tkanki przy gojeniu się kurczą się i zawsze wytwarza się kikut stożkowy z kością, sterczącą ponad poziom części miękkich. Czasem może doprowadzić do zagojenia się kikuta stosowanie wyciągu plastrowego na części miękkie; przeważnie pozostają uporczywie, miesiącami wrzodziejące powierzchnie, w środku których sterczy kość. Kikut, nadający się do oparcia i dźwigania ciężaru, należy w tych przypadkach do wyjątków, w zasadzie konieczne bywa obcięcie wtórne kilku centymetrów kości — reamputacya. Tym niepomyślnym wynikom amputacyi poprzecznej udało mi się zapobiedz przez jej odmianę, zastosowaną w 15 przypadkach, z których ani jeden nie musiał być później reamputowany. Odmiana polega na wytwarzaniu przy operacyi dużych, o połowę dłuższych, niż zwykle, płatów części miękkich (skórnomięśniowych). Prawda, że przez to kość trzeba przepiłować trochę wyżej, ale ta różnica nie przenosi długości tego kawałka kości, któryby bez tego trzeba później reamputować, jak się przekonałem przy licznych reamputacyach. Ranę między płatami wypełniam luźno gazą i nie daję ani jednego szwu. Po ustąpieniu sprawy zakaźnej, przeważnie ładnie i szybko u młodych ludzi ziarnkujące płaty najpierw przykrywają kość, a potem zrastają się ze sobą, tworząc miękki, na końcu prawidłowy kikut, niekiedy wyglądający tak, jak po amputacyi zwykłej, zaszytej, tak wązka bywa blizna. Czasem zachodzi możliwość przyspieszenia gojenia przez szew wtórny, a zawsze niemal przez ściąganie paskami przylepca. Początkowo przy wykształcaniu tej metody stosowałem niekiedy na ramieniu i udzie wytwarzanie z części miękkich głębokiego stożka (lejka) z kością w wierzchołku, później jednak stale trzymałem się sposobu długopłatowego, ponieważ rana jest gładsza i lepiej się goi. W ten sposób ani razu nie musiałem reamputować moich amputacyi, a po innych operatorach reamputowałem nieraz, i przekonałem się, że nie jest to zabieg zupełnie prosty, o ile ma mieć dobry skutek. Przedewszystkiem kości trzeba zwykle odciąć około 6—8 cm, aby kikut był dość miękki na końcu, a poza tem operacya, wykonana przy niezagojonej ranie — a tak bywa przeważnie — wy-

wołuje zakażenie otwartych na nowo zdrowych tkanek i silny odczyn pooperacyjny w postaci znacznego podniesienia się ciepłoty i bolów. Objawy te u moich chorych wprawdzie po kilku dniach zawsze ustępowały, ale można sobie wyobrazić przypadek, gdzie doprowadzą do poważniejszych następstw. Przemawia to przeciw podnoszonej przez Kümmla niewinności reamputacyi.

Jak przeciw typowej amputacyi poprzecznej, taksamo oświadczyłbym się również przeciw wszelkim wymyślniejszym, zwłaszcza kostnowytwórczym (Pirogow, Gritti) metodom, stosowanym przy istnieniu sprawy zakaźnej, dającej do amputacyi powód. Skomplikowane rany goją się źle, szwy trzeba przed czasem puszczać, w płatach zawarte odcinki kostne (rzepka) ulegają zgorzeli — i w wyniku leczenie długie, niebezpieczne z powodu możliwości zatok, — a w końcu znów reamputacya.

Tężca spostrzegałem na szczęście mało, wszystkiego 11 przypadków. Mówię na szczęście — ponieważ tylko jeden z tych chorych uszedł z życiem, pomimo, że przeważnie miałem przypadki o dłuższym okresie wylęgania — powyżej tygodnia, co podług ogólnie panujących poglądów ma być okolicznością pomyślną. W dwu z moich straconych przypadków trwał okres wylęgania się choroby 3 tygodnie. Dwaj znów chorzy, jeden ze wspomnianym 3-tygodniowym okresem wylęgania, ulegli chorobie i zginęli, pomimo że zastosowano zapobiegawcze wstrzyknięcie surowicy swoistej antytoksycznej w ilości 40 jednostek. Co prawda, wstrzykiwania te wykonano dopiero w 3 i 4 dni po zranieniu, a nie w ciągu pierwszej doby.

Leczniczo stosowałem surowicę antytoksyczną codziennie w ilości 100—200 jednostek, począwszy od spostrzeżenia pierwszych objawów (trudność w połykaniu, rozpoczynający się szczękościsk; t. zw. tężca miejscowego, polegającego na skurczach mięśni w odcinku, sąsiadującym z zakażoną raną, nie widziałem ani razu) Stosowałem surowicę najczęściej do żyły, czasem podskórnie, a w dwóch przypadkach lędźwiowo pod oponę rdzenia. Pomocniczo stosowałem wstrzykiwania pantoponu 3—4 razy dziennie po 0·02, chloral po 1·0 na dawkę wewnętrznie i przez odbyt, odosobnienie dla unikania podniet zewnętrznych, pobudzających do skurczów. Trwanie choroby od pierwszych objawów do śmierci wynosiło 36 godzin do 10 dni.

W przypadku wyleczonym (wylęganie 8 dni) wskutek tego, że po trzecim dniu leczenia zabrakło surowicy, stosowałem w jej zastępstwie w ciągu 4 dni śródżylne wstrzykiwanie raz na dobę 3% rozczynu siarczanu magnowego w ilości 100 cm^3 (Straub). Widziałem po tych wstrzykiwaniach wybitną podmiotową, acz tylko parogodzinną poprawę. Chory się uspokajał, mógł dobrze połykać; o wstrzykiwania bolesne, połączone z preparowaniem żyły, dopraszał się. Dni z wstrzykiwaniami surowicy było 10 (aby uniknąć wstrząsu anafilaktycznego), potem już tylko środki kojące. Stan skurczowy, coraz słabszy, przeciągnął się poza 3 tygodnie. Przytem chory przebył niezbyt silne ogniskowe aspiracyjne zapalenie płuc.

Nieliczny mój materyał nie upoważnia mnie do żadnych wniosków i skłania mnie do przyłączenia się do tych, którzy leczenie tężca już wybuchłego, zwłaszcza zapomocą surowicy swoistej, oceniają niekorzystnie.

Zaznaczyć muszę, że zgodnie ze zdaniem bakteryologów nie uważam za właściwe przenosić chorych z tężcem do oddziałów chorób zakaźnych. Oddziały takie przeważnie prowadzą lekarze, chirurgicznie nie wyrobieni. a zarówno technika wstrzykiwań, jak równoległe leczenie rany, wymaga tego wyrobienia. Niebezpieczeństwo przeniesienia choroby, przy sumiennym i świadomym personalu nie istnieje, lub nie przekracza tych rozmiarów, jakie daje błoto uliczne z zarodnikami tężca, wniesione na salę chorych na obuwiu.

O puchlinie głodowej.

Podali

Dr B. Budzyński i K. Chełchowski.

Rzecz czytana na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Sosnowcu w dniu 17. lipca 1915.

(Dokończenie).

Osłabienie mięśniowe u naszych chorych, z wyjątkiem może najwcześniejszego okresu choroby, zawsze niemal zresztą można było stwierdzić. Wielu z naszych chorych przed przybyciem do szpitala leżało w łóżku od paru tygodni lub miesięcy z powodu osłabienia. Chorzy ci przy badaniu nie mogli w łóżku usiąść bez pomocy rąk, przy zakładaniu spuchniętej nogi jednej na drugą pomagali sobie również rękami; wyprostowanie się po przykucnięciu było dla nich niemożliwe. Wogóle gruba ich siła mięśniowa — ściskanie ręki, stawianie oporu przy ruchach biernych — była tak osłabiona, że u innych chorych nazwałoby się to bez wahania niedowładem. Chorzy tacy nie mogą przejść przez salę, zataczają się, chwytają łóżek, na jednej nodze ustać nie mogą. $2^1/_2$-letni chory, który już dobrze chodził i mówił, a mocz i stolec oddawał prawidłowo, po paru miesiącach puchliny głodowej przestał chodzić, przestał mówić, mocz i stolec oddawał pod siebie. Po zniknięciu puchliny działalność zwieraczów wkrótce uregulowała się; dziecko powoli zaczęło chodzić; mowa wracała daleko powolniej Przykłady powyższe dotyczą dalej posuniętych okresów choroby. We wcześniejszych jej okresach osłabienie objawia się niezdolnością do pracy, wyczerpywaniem się przy pracy, niemożnością chodzenia pod górę, po schodach, zadyszką i mdleniem nóg przy dłuższem chodzeniu. O dziecku, na pozór jeszcze dość silnem, matka wspominała, że zdążyć za nią nie może, że prosi ją, by wolniej szła, czego dawniej nigdy nie bywało. O omdleniach z utratą przytomności chorzy nasi nie wspominali. U trzech jednak osób przy braniu krwi z palca do badania widzieliśmy ciężkie i uparte mdłości i wymioty; ten ich stan wymagał nawet środków zaradczych (poziomego ułożenia, skropienia wodą, wąchania eteru).

Trudno jednak byłoby orzec, o ile opisane osłabienie mięśniowe powinniśmy wiązać z puchliną głodową, jako chorobą, o ile zaś trzeba je policzyć na karb niedostatecznego i nieodpowiedniego pożywienia. Zarządzający jedną z kopalni opowiadał nam, że przez jakiś czas nie mógł się posługiwać pracą dziewcząt przy przewożeniu węgli taczkami. Do zajęcia tego zwykle posługiwano się dziewczętami

ze względu na pobieraną przez nie niższą płacę. Teraz w końcu zimy i początku wiosny trzeba było je odprawić, bo nie zdołały pchać taczek z węglem. Słyszeliśmy również, że przy pracy na wymiar w kopalni górnicy zarabiają dziś znacznie mniej, niż dawniej, jakkolwiek wysiłek na nich widać ten sam (zadyszanie, pot na twarzy), a nawet większy, niż zwykle. To też i w częstych teraz narzekaniach na rozleniwienie tutejszej ludności, na niechęć głodnych do wynajmowania się do pracy, trzebaby się liczyć z istotną niezdolnością tych ludzi do pracy, z łatwem ich wyczerpywaniem się.

Wyniszczenie naszych chorych zwykle bywa zamaskowane przez puchlinę i w całej pełni wpada w oczy dopiero po zniknięciu obrzęków. O paru z obserwowanych przez nas dzieci można było użyć wyrażenia: »skóra i kości« bez najmniejszej przesady. Jeden z dorosłych naszych chorych, średniego wzrostu, jeszcze przed ostatecznem zniknięciem puchliny ważył 46·1 kg., 14-letni chłopiec po zniknięciu puchliny 26 kg. Bladość skóry, a zwłaszcza błon śluzowych u wszystkich naszych chorych była wyraźna.

O zaburzeniach w czynnościach przewodu pokarmowego, czy to jednoczesnych z puchliną głodową, czy też ją poprzedzających, można było wydobyć odpowiednie dane od bardzo wielu naszych chorych. Chorzy nasi naogół byli bardzo apatyczni, o czem niżej jeszcze będzie mowa, odpowiadali niechętnie, dając tylko konieczne odpowiedzi. Wskutek tego te szczegóły z wywiadów udawało się nam niezawsze dostatecznie wydobyć. Blizko połowa tych chorych skarżyła się na brak apetytu; niektórzy nawet na wstręt do jedzenia. Wielu wreszcie miewało po jedzeniu wymioty. Co prawda, wszystko to dotyczyło zwykłego ich pożywienia, t. j. ziemniaków, barszczu (żuru) i innych zup z kuchni dobroczynnych, oraz chleba, często bardzo źle przygotowanego do jedzenia. Ściskania w dołku, odbijania, nudności, stanowiły dość częstą skargę. Podobnież wzdęcia brzucha i wiatry. Widzieliśmy dziecko, które dany mu landrynek po skosztowaniu odrazu rzuciło na ziemię, natomiast chleb z masłem jadło z widoczną chciwością. Wypróżnienia przeważnie były rozwolnione, przyczem u jednych z naszych chorych biegunka taka nie wyróżniała się niczem szczególnem (kilka wolniejszych wypróżnień na dobę, czasem z lekkiemi boleściami), u innych natomiast biegunka wskazywała na przeważny udział kiszki grubej, a nawet odbytnicy: wypróżnienia bardzo częste, skąpe, ze rznięciem, z wydymaniami, śluzem, a nawet i krwią. U kilku naszych chorych można było się wahać, czy nie uznać ich biegunki za przewlekłą czerwonkę. Wypróżnienia często zdarzają się nietylko w dzień, ale i w nocy — objaw, naogół właściwy cierpieniom kiszek, mającym wyraźną podstawę anatomiczną. Kilku chorych wspominało, że zdarzało im się oddawać wypróżnienia w łóżko lub w ubranie wskutek niemożności powstrzymania parcia na stolec. Wydawałoby się jednak, że zaburzenia te w trawieniu, aczkolwiek bardzo częste, stałemi nie są. Z 55 naszych chorych jakaś czwarta część nie wspominała o żadnych zaburzeniach w trawieniu. Być może jednak, powtarzamy, że pytania nasze w tym kierunku nie były dość uparte, natarczywe, co wobec apatyi chorych i odpowiadania niektórych monosylabami należałoby uważać za konieczne. Przy roślinnem, grubem pożywieniu większość ludności Sosnowca ma obecnie stolce rozwolnione; biegunki panowały tu przez całą zimę. Chorzy przestali niejako uważać biegunkę za coś nieprawidłowego, osobliwego. Niektóre dzieci w szpitalach rozpytywaliśmy bez udziału rodziców. I rodzice zresztą na mniejsze stopnie biegunki u dzieci nie zwracają uwagi. W każdym razie stanowczo stwierdzić musimy, że chorych, badanych przez nas w ostatnich kilku tygodniach, niemal bez wyjątku mogliśmy się dopytać, iż na tydzień, dwa, cztery, przed zjawieniem się puchliny, zapadli na biegunkę lub też, co rzadziej, na biegunkę i wymioty. Chorzy, nie wspominający wcale o biegunce, pochodzą z pierwszych tygodni zajęcia się naszego puchliną głodową.

I kol. Starkiewicz i Żołędziowski stwierdzali często u swoich chorych biegunkę, czasem z wydymaniem i krwią, czasem z wymiotami. (Kol. Starkiewicz widywał też przed puchliną okres nieżytowy — nosa i górnych dróg oddechowych).

Jakkolwiekbądź — przypadki puchliny bez biegunki widywaliśmy jednak i sami i słyszeliśmy o nich od innych kolegów (n. p. Suchodolskiego).

Prócz wspomnianej dopiero co apatyi, niechęci do odpowiedzi, u niektórych naszych chorych przypuszczalibyśmy pewien upadek władz umysłowych. Po wyzdrowieniu takiego chorego można było zebrać odeń bez porównania dokładniejsze wywiady, niż na szczycie choroby. Chory taki rozwodził się szeroko na takie pytania, które poprzednio zostawiał bez odpowiedzi. Na ogół chorzy byli przygnębieni i złej myśli o sobie. Nieraz zdarzyło nam się słyszeć pytania: »czy też ze mnie będzie co jeszcze«, albo przy pierwszych objawach poprawy, niezawsze nawet stanowczych, uwagi: »to może ja będę żył jeszcze«. Wreszcie przy zbieraniu krwi, rozmowy: »Dawniej po lada draśnięciu krew płynęła z nas, że ją tamować trzeba było, a dzisiaj panowie kłują nas tak głęboko, a krew wcale płynąć nie chce; niema już w nas krwi, nic z nas już chyba nie będzie«. Na pytanie, czy puchlina się zmniejsza, odpowiedź: »skąd tam ma się zmniejszać, prędzej urosła«. Dzieci, dotknięte ciężką postacią tej choroby, wyglądały i zachowywały się, jak gdyby dotknięte jakąś chorobą gorączkową.

Obok tej depresyi i nastroju, jakby melancholicznego, zaznaczyć możemy objawy niedokrwienia mózgu: zawroty głowy, szum i dzwonienie w uszach i zwłaszcza częstą skargę, ćmienie przed oczyma. W okresie poprawy chorzy nieraz zaznaczali, że im się jakoś lepiej zrobiło w głowie. Kilku naszych chorych uważaliśmy za upośledzonych umysłowo; jeden z nich niewątpliwie przypominał kretyna. Chory kol. Perelmana cierpiał na obłęd z podnieceniem.

Co do zmysłu wzroku, to na pierwszym planie wymienić trzeba ślepotę zmierzchową, która nietylko panowała w Sosnowcu jednocześnie z puchliną głodową (od lutego według księgi chorych kol. Hulanickiego), ale występowała nieraz u chorych dotkniętych puchliną, poprzedzając ją zwykle. (Chorzy tacy często pierwej zdrowieli z kurzej ślepoty, a potem dopiero puchli). Chorych takich mamy 9. Kol. Zahorski znalazł oba te cierpienia jedno obok drugiego u 8 chorych, kol. Starkiewicz u 3, razem 20 chorych, t. j. 8·9%, co wobec mnóstwa między chorymi drobnych dzieci, u których stwierdzić ślepotę zmierzchową byłoby bardzo trudno, stanowi odsetkę poważną. Wreszcie 5 z naszych chorych wspominało o ślepocie zmierzchowej u matki,

brata, u żony i córki, a dwaj u czworga rodzeństwa. Jeden z chorych kol. Starkiewicza dostał ślepoty zmierzchowej już po wyzdrowieniu z puchliny. O wiele rzadziej (kilka razy tylko) i my i inni koledzy widywaliśmy u dotkniętych puchliną zeschnięcie spojówki (xerosis conjuctivae). Cierpienie to, w postaci złuszczenia nabłonka spojówki u skroniowego brzegu rogówki, widywał kol. Hulanicki w połowie przypadków ślepoty zmierzchowej, a w 3 przypadkach złuszczenie nabłonka samej rogówki. Kilkakrotnie i my i kol. Zahorski, Starkiewicz widzieliśmy zmętnienie lub owrzodzenie rogówki. Kol. Hulanicki u paru chorych w r. b. znalazł niedowidzenie (amblyopia) nietylko po zmierzchu, ale i w dzień na tle niedokrwienia siatkówki. Paru naszych chorych skarżyło się jakgdyby na łatwe wyczerpywanie się akomodacyi: przy próbach czytania musieli wkrótce rzucać książkę z powodu niemożności czytania i ćmienia się w oczach. U paru innych chorych wpadało nam w oczy osłabienie poczucia barw, które zazwyczaj u naszej ludności pracującej jest raczej bardzo subtelne i dokładne. Wniosek ten wyciągaliśmy przy oznaczaniu hemoglobiny w ich własnej krwi. Kilku chorych skarżyło się na osłabienie słuchu, które można było stwierdzić i przedmiotowo.

Przeważna większość chorych w wieku dojrzałości płciowej zaznaczała zupełny brak popędu płciowego, nawet wzwodów i polucyi, często jeszcze na długo przed początkiem choroby. Dwóch mężczyzn zaznaczało tylko znaczne osłabienie popędu płciowego w porównaniu z dawniejszym czasem. Kobiety w tym wieku często, ale bynajmniej nie zawsze, przestawały przedwcześnie miesiączkować. W ambulatoryum dla najuboższych skargi na brak miesiączkowania powtarzają się niesłychanie często u większości kobiet.

Naogół zmiany we krwi znaleźliśmy nie tak wielkie, jakby można było z góry oczekiwać. Najstalszą i najjaskrawszą jest ubytek hemoglobiny. W przeważnej większości oznaczeń (27 na 41) odsetka hemoglobiny wynosiła 41—60%. U 7 chorych odsetka ta była jeszcze niższa: 30—40%, u 7 natomiast wyższa: 61—76%. Wskaźnik ciałka czerwonego zawsze, bez wyjątku był zmniejszony: u wielu chorych do połowy, u niektórych do $^1/_3$, a raz tylko przekraczał $^3/_4$. Z 22 badanych w tym kierunku chorych, wskaźnik krwinki 18 razy wahał się między $^1/_2$ a $^2/_3$, raz nie dochodził $^1/_3$, a trzy razy przewyższał $^2/_3$.

Liczba krwinek okazywała o wiele słabszy ubytek. Zazwyczaj (w 13 oznaczeniach) wynosiła 4—4·9 milionów, u 5 chorych wynosiła 3—4 milionów, u trzech chorych 2,640,000 do 3,000,000, u jednego wreszcie 6,500,000.

Nierówność krwinek (anizocytozę), krwinki maleńkie (mikrocyty), widywaliśmy dość często, rzadziej polichromazyę (barwienie się obu barwikami, kwaśnym i zasadowym, właściwość, cechującą młode krwinki). Normoblasty (krwinki o jednem, ciemno barwiącem się jądrze) widywaliśmy u 15 naszych chorych, zarówno u dzieci, jak i u dorosłych. Większe liczby normoblastów spotkaliśmy u 5 chorych; stanowiły one od 1%—4·7% ciałek białych. Natomiast liczniejsze cienie krwinek (stromata) widzieliśmy u kilku zaledwie chorych, i to w małej ilości. Surowicy zabarwionej na różowo, wielkich krwinek wielojądrzastych (megaloblasty), nie spotkaliśmy ani razu. Poikilocytozy w wybitniejszym stopniu, megalocytów (wielkie krwinki) także nie widywaliśmy. Jedno i drugie wskazywałoby na równi z powiększonym wskaźnikiem krwinek na niedokrwistość złośliwą hemolityczną. Zachowanie się więc krwinek świadczy o nienajgorszej jeszcze produkcyi erytroblastycznej tkanki u naszych chorych, oraz o nie nazbyt wysokim stopniu niedokrwistości.

Co do liczby ciałek białych, to naogół znaleźliśmy zwiększenie ich liczby. W 13 przypadkach zwiększenie to było stanowcze od 6,500 do 14,000, w 8 innych przypadkach liczba ich wydawała się prawidłową 4, 3—6,000. Wreszcie w jednym przypadku mieliśmy wyraźną leukopenię: 2,000. Leukocytoza parę razy zależała od powikłań (zapalenie płuc, ropienie gorączkowe), połączonych z leukocytozą neutrofilną, najczęściej jednak widywaliśmy powiększenie liczby ciałek białych i to jednojądrzastych (limfocytoza) bez żadnego widocznego powikłania. Naogół możnaby powiedzieć, że: 1) Odsetka wielojądrzastych ciałek neutrofilnych raczej była zmniejszona. Odsetkę neutrofilów wyższą niż 75% znaleźliśmy u 2 chorych, od 70—75% u 7 chorych, od 60—70% u 10 chorych, od 50—60% u 7 chorych, niżej 50% u 6 chorych. U dzieci odsetka neutrofilów nie dochodziła 70% z wyjątkiem 2 przypadków; natomiast wszystkie 6 przypadków niżej 50% dotyczyły dzieci. 2) Myelocyt spotkaliśmy raz tylko jeden jedyny. Natomiast 3) eozynofile spotykaliśmy niemal stale, a nieraz w znacznie zwiększonych odsetkach (5, 9, 15, 16%). Z 15 dzieci eozynofile u wszystkich były, a u 10 bardzo liczne (3—16%). Z 15 dorosłych znajdowaliśmy eozynofile tylko u 9 i to przeważnie w miernej ilości. 4) Bazofile pojedyncze spotykaliśmy u osiemnastu chorych. 5) Przedewszystkiem jednak wpadała w oczy mononukleoza (zwiększenie odsetki ciałek białych o jednem jądrze), dochodząca do 35, 40, a nawet 57·6%. 6 z naszych chorych miało 25% limfocytów lub mniej, 23 od 26—45%, wreszcie 5 od 46—57·6%. Pomiędzy temi jednojądrzastemi ciałkami białemi przeważały małe limfocyty (silnie barwiące się, złożone z jądra i wązkiego rąbka protoplazmy). Obok nich jednak widywaliśmy niemało innych postaci, a więc limfocytów wielkich, limfocytów z zaklęśniętem jądrem, mononuklearów (wielkich ciałek z jasnem jądrem i siatkowatą protoplazmą). Z pośród wszystkich tych postaci najwięcej dawały nam do myślenia wielkie limfocyty: bywało ich dużo; liczba ich dochodziła nawet do połowy liczby małych limfocytów. Nieraz przychodziło nam na myśl, czy nie są to myeloblasty. Wypowiedzieć zdanie stanowcze w tym względzie nie czujemy się na siłach. Wreszcie wspomnieć musimy, że ciałka białe naszych chorych wyróżniały się znaczną kruchością: przy zwykłem przygotowywaniu preparatów barwionych odsetka ciałek rozgniecionych bywała dość duża, a czasem wielka.

Z powyższego możnaby zatem wnosić, że ciałka białe limfatyczne (limfocyty) mnożyły się u naszych chorych prawidłowo, albo nawet nadmiernie, że natomiast produkcya niektórych ciałek białych szpikowych prawidłowych (neutrofilów) była osłabiona, a patologicznych (myelocytów) była zahamowana. Bazofile zachowywały się niemal prawidłowo, eozynofilów było raczej więcej. Wreszcie przypuszczamy, że wśród ciałek jednojądrzastych pewną dość znaczną część stanowiły może myeloblasty (jednojądrzaste komórki szpikowe), właściwe cięższym przypadkom niedokrwistości. Działalność więc szpiku kostnego u naszych chorych by-

łaby po części zahamowana, po części zaś jakościowo zmieniona.

Każdemu, słyszącemu o puchlinie głodowej, przedewszystkiem narzuca się myśl, że chorzy tacy mają hydremię (krew nadmiernie wodnistą). Chcąc to wykazać dowodnie, uprosiliśmy kierownika pracowni chemicznej, p. Kozielskiego, o oznaczenie u dwóch naszych chorych suchej substancyi we krwi, upuszczonej z żyły. Ku zdumieniu naszemu rozwodnienie krwi wypadło bynajmniej nie jaskrawe. Krew jednego chorego zamiast 20% suchej substancyi zawierała jej 16·99%, drugiego zaś nawet 18·84%. Sądząc więc z tych, nielicznych wprawdzie oznaczeń, trudno byłoby mówić u naszych chorych o wodnistości krwi.

Przy badaniach naszych na każdym kroku powtarzała się pewna trudność w wydobyciu krwi z palca. Chcąc otrzymać dostateczną ilość krwi dla oznaczenia hemoglobiny, liczenia krwinek i ciałek białych, musieliśmy nieraz wkłuwać sztylet igły Frankego w całej niemal jego długości. I tak jeszcze krew wypływała nie natychmiast po ukłuciu i najczęściej po wypłynięciu kilku kropli przestawała się sączyć; chcąc otrzymać dalsze jej krople, trzeba było polecać choremu, by silnie wstrząsnął kończyną, miesić kończynę i dłoń z góry na dół. Na karb zbyt szybkiego krzepnięcia nie można było składać tego zjawiska, o czem niżej jeszcze. Oczywiście wnosiliśmy stąd, że ogólna ilość krwi u naszych chorych jest bardzo znacznie zmniejszona.

Chcąc to wykazać dowodnie, przedsięwzięliśmy u 2 chorych wlewanie fizyologicznego rozczynu soli kuchennej do żyły: obliczenie krwinek tuż przed wlewaniem i w pięć minut po wlewaniu wykazało u jednego chorego zmniejszenie liczby krwinek o $^1/_{10}$, u drugiego zaś o $^1/_{20}$. Z tego należałoby wnosić, że wlewanie solne rozrzedziło krew u jednego o $^1/_{10}$, u drugiego zaś o $^1/_{20}$. Że zaś do wlewań użyliśmy raz 300, raz 200 gramów płynu, ogólna ilość krwi u tych chorych wypadała u jednego 2·8 litrów, u drugiego 3·9 litrów. W odniesieniu do wagi ciała stanowiło to u jednego $^1/_{16\cdot5}$, u drugiego zaś $^1/_{15\cdot6}$. Pierwszy z tych chorych stracił był właśnie niemal zupełnie puchlinę, drugi był jeszcze dość silnie opuchły. O zmniejszeniu ogólnej ilości krwi, choć bynajmniej nie jaskrawem, możnaby mówić tylko u pierwszego chorego (tego samego, który okazywał rozwodnienie krwi: 83% wody zamiast 80%). Drugi chory ani krwi nie miał wyraźnie rozwodnionej (81% wody zamiast 80%), ani też ilości krwi zmniejszonej. Czem więc tłomaczyć sobie owo skąpe wypływanie krwi z palca, na co nietylko my sami, ale i chorzy nasi zwracali uwagę?

Przypuszczaćbyśmy musieli, że chodzi tu o jakiś skurcz naczyń, albo o nierównomierny podział krwi między różne narządy (może n. p. przekrwienie narządów brzusznych, a niedokrwienie mózgu, mięśni i skóry). Znaleźć chorego z dostatecznie szerokiemi żyłami dla upustu kri i wlewania solnego bynajmniej nie było rzeczą łatwą. Tymczasem już podczas pisania niniejszej pracy wypadły nam 3 sekcye zmarłych z puchliny głodowej. Na sekcyach tych brak krwi u zmarłych jaskrawo wpadał w oczy. Bez obawy o przesadę możnaby powiedzieć, że poza otwieraniem serca i śledziony całą zresztą sekcyę w jednym przypadku można było wykonać bez rozlewu kropli krwi, nie walając palców krwią. Widocznie więc albo wybraliśmy do doświadczeń z wlewaniem solnem do żył przypadki niewłaściwe, nietypowe, albo też raczej metoda ta nie daje wyników wiarogodnych. Za rozstrzygające musimy uważać wyniki sekcyi, a więc brak krwi wogóle, niedokrwistość wszystkich narządów, nie wyłączając brzusznych, wątroby, jelit, nerek.

Krzepliwość krwi w różnych przypadkach bywała różna. Ścisłemi metodami klinicznemi nie próbowaliśmy jej oznaczyć, mniemaliśmy jednak, że naogół krzepliwość raczej jest zmniejszona, a przynajmniej już, że skrzep, zamykający naczynia, łatwo było u naszych chorych wypchnąć miesieniem kończyny. Często bowiem jeszcze w jakieś 10 i więcej minut po ukłuciu, gdy krew już oddawna nie płynęła, znowu pokazywały się jej krople pod wpływem miesienia.

Mówić o lepkości krwi bez dokonania odpowiednich badań, nie mamy prawa, jednak nie możemy przemilczeć tego, cośmy widzieli. Często kropla krwi na brzuścu palca nie spływała ani na podłogę, ani do łożyska paznokciowego, ale na brzuścu palca zwróconym ku górze rosła, wypuklała się, nie rozlewając się, zachowując postać kulistą.

Odporność krwinek względem czynników osmotycznych oznaczaliśmy w jednym tylko przypadku i znaleźliśmy ją nieco zwiększoną (hemoliza krwinek odbywała się w zakresie 0·48%—0·28% zamiast zwykłych 0·50%—0·32% rozczynu soli).

Krew wypływająca z palca wydawała nam się zazwyczaj ciemniejszą, niżby to odpowiadało odsetce hemoglobiny, znajdowanej przy badaniu. To samo widzieliśmy i na sekcyach. Przypuszczaliśmy, że może krew ta była bardziej żylną, bogatszą w CO_2, niż to zwykle bywa.

Na zakończenie tych przydługich może wywodów o krwi wspomnimy, że chociaż płytek Bizzozera ściśle nie oznaczaliśmy, jednak liczba ich wydawała nam się raczej zmniejszoną.

Przechodzimy z kolei do moczu. Na ogół był on bardzo jasny, niemal wodnisty, zasadowy, opalizujący od obecności fosforanów. Wodnistość moczu dosięgała takiego stopnia, że raz jeden z nas stanowczo podejrzewał matkę, iż przyniosła mu wodę zamiast moczu dziecka; dopiero próba chlorków azotanem srebra rozwiała to podejrzenie. Na wirówce zwykle nie udawało się zebrać żadnego osadu. Wałeczków nie znaleźliśmy ani razu, czasami pojedyncze napęczniałe nabłonki, raz bardzo liczne plemniki, przeważnie licho rozwinięte. Białka szukaliśmy kwasem azotowym oraz ogrzewaniem zakwaszonego moczu; zawsze bezskutecznie. Czy jednak białkomocz nie zdarza się w niektórych cięższych przypadkach puchliny głodowej, mamy w tym względzie poważne wątpliwości. Kol. Żołędziowski podał parę takich przypadków, w których od czasu do czasu zjawiało się białko w moczu, nawet w dość dużej ilości; przypadków tych w pracy niniejszej nie braliśmy w rachubę. I my w ambulatoryum dla najuboższych u paru blizkich śmierci, silnie opuchłych dzieci znaleźliśmy ślady białka w moczu. Bez badania drobnowidowego osadu z moczu nie decydowaliśmy się zaliczyć ich do puchliny głodowej. Na granicy moczu i kwasu azotowego w większości przypadków zjawiała się jaskrawa różowa obrączka, występująca odrazu lub po dłuższem staniu moczu. Ilość moczu dobowa ulegała bardzo znacznym wahaniom: od 50 cm na dobę do dwóch z górą i trzech litrów, nawet w okresie znikania puchliny; zmniejszenie ilości moczu zależało zapewne

od biegunki i fałszywych wydymań. Ciężar właściwy wodnistego moczu (oznaczany w niektórych naszych i w wielu przypadkach kol. Żołędziowskiego) zwykle był nizki, niekiedy dochodził jednak do 1018, 1020, 1025 Niekiedy mocz zawierał substancye, redukujące siarczan miedzi.

Ciepłota naszych chorych bywała często niższą od prawidłowej (35·9—36·6), ale bynajmniej nie zawsze. Przy powikłaniach zapaleniem płuc, opłucnej, ropieniem, miewaliśmy wzniesienia ciepłoty do 39 i wyżej. U kilku chorych nawet i bez dających się wykazać powikłań (może wskutek cierpienia jelit) spostrzegaliśmy przez czas dłuższy stan podgorączkowy. Tętno u paru z pośród starszych chorych było zwolnione do 58—56; u kilku innych wyraźnie twarde choć drobne, nie dawało się ucisnąć palcem. Przeważnie, jednak tętno było częstsze, niżby to odpowiadało ciepłocie, drobne, miękkie, łatwo uciskalne, nieraz niemiarowe, często bardzo trudne do liczenia. U dzieci częstość tętna wahała się między 78—140 i wyżej. Skłonności do potów u naszych chorych nie widywaliśmy, przeciwnie skóra ich była raczej sucha.

Opuchła skóra, zwłaszcza na nogach, nieraz bywała bolesna przy ucisku. Nieraz dołek podsercowy był przy ucisku wyraźnie wrażliwy, a nie można było kłaść tego na karb powiększenia wątroby. Kol. Starkiewicz widywał samoistne bole w dołku u swoich chorych.

Pnie nerwowe nie były bolesne. Jaskrawszych zaburzeń w czuciu nie znajdowaliśmy. Odruchy ścięgniste i skórne były naogół prawidłowe, to samo i oddziaływanie źrenic Kilkakrotnie wyczuwaliśmy obrzmiałe ślinianki przyuszne co jednak następnych dni znikało.

Dwóch chorych miało brudne plamy na twarzy, nie dające się zmyć mydłem, przypominające poniekąd plamy przy chorobie Addisona. Innych jednak objawów tej choroby, a przedewszystkiem plam na błonach śluzowych, nie było. W każdym jednak razie spostrzeżenie to w zestawieniu z upadkiem czynności gruczołów płciowych u wszystkich chorych zwracało naszą uwagę na gruczoły o wydzielaniu wewnętrznem. Kol. Pfabe u jednego opuchłego chorego znalazł cukier w moczu. Jakkolwiek po bliższem zapoznaniu się z tym przypadkiem doszliśmy do wniosku, że była to cukrzyca, datująca się jeszcze z przed czasów wojny, nie zaś puchlina głodowa, to jednak i ten chory utwierdzał nas w podejrzliwości względem gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu. Wiadomo, że u psów głodzonych znajdowano cukier w moczu. Jedna z naszych chorych przypominała ogólnem wejrzeniem obrzęk śluzowaty (myxoedema), towarzyszący zanikowi czynności gruczołu tarczowego, jeden chory przypominał kretyna, a paru wydawało się upośledzonymi umysłowo. Na dobitkę mieliśmy wśród chorych jednego głuchoniemego, a głuchoniemota, jak wiadomo, często się wiąże z zanikiem gruczołu tarczowego. Nie wiedzieliśmy na razie, że w naszym przypadku głuchoniemota była nabyta po ospie. Kol. Suchodolski wspominał nam o puchlinie głodowej u chorej dotkniętej wolem. Wszystko to, razem wzięte, kazało nam liczyć się z przypuszczeniem, czy opisywana przez nas choroba nie jest nietypowym obrzękiem śluzowatym, który zwykle bywa daleko twardszy i nie pozostawia dołka pod palcem. Zmiany, znajdowane przez nas we krwi, właściwie są niemal te same, co i opisywane przy obrzęku śluzowatym. Dla uspokojenia sumienia dawaliśmy kilku naszym chorym pastylki tyreoidyny, niestety bez pożądanego skutku. Te same myśli, co i nam, nasuwały się również kol. Starkiewiczowi i Żołędziowskiemu z Dąbrowy I ci koledzy niezależnie od nas próbowali u swych chorych leczenia tyreoidyną, i także z ujemnym wynikiem. Kol. Starkiewicz, mając na względzie adynamię, biegunki i t. p., przedsięwziął następnie próby leczenia puchliny głodowej adrenaliną. W rozprawach nad naszym odczytem w Towarzystwie lekarskiem w Sosnowcu koledzy Starkiewicz i Suchodolski bronili poglądu, że puchlina głodowa powstaje wskutek zwichniętej pod wpływem głodu równowagi w czynnościach gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu. Powoływali się na bardzo częste znikanie miesiączkowania u cierpiącej głód ludności.

Na zakończenie tego opisu klinicznego dodać jeszcze musimy, że u żadnego z naszych chorych nie widzieliśmy cery zlekka żółtaczkowej (status subictericus), jak się to często widuje w błednicy i złośliwych niedokrwistościach. Nie spotykaliśmy też u naszych chorych wyraźnego buczenia żylnego (bruit de diable). Powiększenia wątroby nie stwierdziliśmy ani razu, powiększenie śledziony raz jeden, i to tylko przy opukiwaniu, nie zaś macaniu, a drugi raz na sekcyi. Obrzmienia gruczołów chłonnych, wrażliwości mostka i kości długich przy opukiwaniu również nie widywaliśmy. Objawów skazy krwotocznej, a mianowicie krwawienia dziąseł, nie widzieliśmy wcale W jednym tylko przypadku na krótko przed śmiercią zjawiły się drobne wybroczyny na czole. W 2 przypadkach kol. Zahorskiego drobniutkie wybroczyny, rozrzucone po ciele, znikły po paru dniach i zależały raczej może od ukąszeń pcheł. Kol. Starkiewicz widział wybroczynki w jednym swoim przypadku, tak samo i kol. Żołędziowski.

Przebieg w naszych przypadkach wyróżniał się dość jaskrawo, w jednych ostry, w innych przewlekły. W pierwszych puchlina ustępowała najczęściej w 1 do 2 tygodni po przybyciu do szpitala W drugich (mieliśmy 7 takich, w których można było mówić o nawrocie, oddzielonym dłuższym okresem zdrowia od pierwszego zachorowania) przebieg był bardzo uparty, trwał miesiącami; znikająca już puchlina nieraz znowu wracała. Kol. Starkiewicz miał dwa przypadki, a kol. Żołędziowski jeden, w których puchlina wracała po raz trzeci. Nawet i zupełne zniknięcie puchliny niezawsze świadczyło o blizkiem wyzdrowieniu. Odsetka hemoglobiny zmniejszała się nieraz już w szpitalu mimo pozornej poprawy. Nawet po zupełnem wyzdrowieniu w kilka tygodni jeszcze znajdowaliśmy bardzo nizką odsetkę hemoglobiny, mało co wyższą od oznaczonej w szpitalu podczas puchliny. Liczba krwinek czerwonych wcześniej wracała do poziomu prawidłowego. Najuparciej trzymała się puchlina na stopach i w jamie brzusznej, czasem tylko w jamie brzusznej, co stwierdziliśmy raz i na sekcyi. Biegunki opierały się często wszelkiemu leczeniu. Mimo zniknięcia puchliny, jak już wspominaliśmy, jeden z naszych chorych umarł.

Śmierć nastąpiła w 22 przypadkach z 29, o których zdajemy tu sprawę. Nadto 3 naszych chorych wspominało o niedawnej śmierci członków ich rodziny z powodu takiej samej puchliny. Dodać wreszcie musimy, że u kilku z naszych chorych można raczej przewidywać złe, niż dobre zejście. Wydawałoby się, że śmiertelność z puchliny głodowej była w Sosnowcu niższa, niż w Dąbrowie, gdzie zdaniem kol.

Starkiewicza zwłaszcza przypadki zimowe źle się kończyły. Śmiertelność wśród mężczyzn wyraźnie jest większa (19 śmierci), niż wśród kobiet (10 śmierci). Szczególniej często powtarzają się śmierci w wieku późniejszym — po 40 latach (na 60 takich chorych zmarło 11, a więc 18·3% śmiertelności), oraz we wczesnem dzieciństwie, w którem największą śmiertelnością wyróżnia się 4. rok życia (z 12 chorych zmarło 4) i 3. rok życia (z 36 chorych zmarło 8). W 2. roku życia z 25 chorych zmarł 1 tylko (wpływ dokarmiania piersią? oględniejszego żywienia?). Z 48 chorych w 3. i 4. roku życia zmarło 12, czyli 25%. Natomiast z 44 chorych w wieku 5—16 lat wiemy o jednej tylko śmierci. Z 83 chorych w wieku 5—40 lat zmarło 5, czyli 6%.

U jednego chorego śmierć nastąpiła w napadzie jakby dusznicy bolesnej. U kilku innych wśród gorączki, towarzyszącej zapaleniu płuc lub opłucnej. U innych jeszcze przed śmiercią zjawiła się lub obostrzyła gruźlica.

Badanie pośmiertne wykonaliśmy w czterech przypadkach. Oto wyniki tych sekcyi:

I. Anaemia generalis extrema. Pleuritis bilateralis serosofibrinosa. Noduli bronchopneumoniae caseoideae apicalis. Compressio partis inferioris lobi inferioris utriusque. Cor parvum. Ascites. Tumor lienis acutus. Anaemia et degeneratio parenchymatosa hepatis et renum. Distensio vesiculae felleae. Infarctus renis dextri. Anaemia intestinorum. Cicatrices (surfaces réticulées) post typhum abdominalem. Medulla ossium adiposa; suspitium hyperplasiae partialis lymphadenoidalis.

II. Anaemia generalis. Hydrops anasarca. Petechiae frontis. Nodi tuberculosis fibrosae cum anthracosi et bronchiectasia in lobo superiore pulmonis dextri. Cor parvum. Hypertrophia musculi cordis ventriculi sinistri. Ascites. Lien diminutum molle. Hepar diminutum anaemicum. Distensio vesiculae felleae. Renes parvi anaemici. Cicatrices cingentes c. pigmentatione post ulcera tuberculosa ilei circa valvulam Bauhini. Glandulae mesenteriales tumefactae. Ulcera dysenterica coli descendentis, flexurae sigmoideae, recti in stadio cicatrisationis. Medulla ossium diaphysis ossis femoris adiposa.

III. Anaemia generalis. Hydrops-anasarca permagnum. Hydrothorax ambilateralis parvo in gradu. Ascites magna in quantitate. Nodulus fibrosus in apice pulmonis dextri. Emphysema pulmonum. Hyperaemia lobi superioris pulmonis sinistri. Cor parvum. Hypertrophia musculi cordis ventriculi sinistri. Degeneratio atheromatosa arteriae coronariae cordis sinistri. Atrophia lienis cum induratione. Anaemia et atrophia hepatis. Distensio vesiculae fellae. Colitis chronica hypertrophica cum pigmentatione. Glandulae solitariae tumefactae. Anaemia et catarrhus intestini jejuni. Cicatrices (sufraces réticulées) ilei post typhum abdominalem. Gastritis chronica. Medulla ossium diaphysis ossis femoris adiposa.

IV. Anasarca. Anaemia generalis. Hydrothorax dexter. Emphysema et anaemia pulmonis dextri. Synechia totalis pleurae sinistrae. Hyperaemia pulmonis sin. Cor contractum. Deg. atheromatosa aortae parvo in gradu. Atrophia lienis, hepatis (imprimis lobi sinistri), pancreatis, gl. suprarenalium, ovariorum. Renes normales. Ulcera follicularia cicatrisata flexurae sigmoideae et recti, — multiplicia confluentia parva plana superficialia. Eadem ulcera follicularia recentiora cicatrisantia flexurae hepaticae; glandulae solitariae tumefactae. Cicatrices (surfaces réticulées) ilei post typhum abdominalem. Ulcera cingentia cicatrisantia vetusta cum pigmentatione partis inferioris ilei, quorum unum usque ad serosam rodens lumen ilei diminuit, tria proveniunt ex ulceribus multiplicibus confluentibus minoribus. Glandulae mesenteriales regionales tumefactae ad magnitudinem nucis italianae cum aspectu medullari post incisionem. Glandula thyreoidea anaemica.

W pierwszym z tych przypadków 28-letni chory cierpiał od pół roku na wybitną puchlinę, kilkakrotnie znikającą i wracającą. Przebywał i ślepotę zmierzchową; biegunkę miewał, ale nie stale. Wreszcie stracił puchlinę i powoli wracał do sił; zabiła go świeżo powstała gruźlica płuc z obustronnem wysiękowem zapaleniem opłucnej, połączonem z dość silną gorączką (do 39). Chory uległ temu powikłaniu już po kilku dniach gorączki (po 3 dniach).

W przypadku drugim znaleźliśmy zagojone i dogajające się wrzody dysenteryczne w okrężnicy zstępującej, esowatej i w odbytnicy. Chory ten cierpiał na dysenteryę już od kilku miesięcy, sądząc z wywiadów; jednocześnie opuchł silnie już po raz drugi; nadto miał gruźlicę włóknistą w górnym płacie lewego płuca, połączoną z pylicą, oraz kilka zagojonych starych owrzodzeń gruźliczych w jelicie cienkiem w pobliżu zastawki Bauhina.

W trzecim przypadku prócz przewlekłego nieżytu jelit, zwłaszcza grubych, prócz przekrwienia górnego płatu lewego płuca (może wstępny okres [nawału] zapalenia płuc), żadnego zresztą powikłania, któreby można uznać za przyczynę śmierci, nie znaleźliśmy. Chory 53-letni od 3 miesięcy cierpiał na puchlinę i na objawy nieżytu kiszki grubej.

Czwarty przypadek dotyczył chorej, jakoby 70-letniej, wyglądającej daleko młodziej. Od początku wojny znosiła straszny głód. Od 5 miesięcy puchła i miała upartą biegunkę, niezbyt jednak częstą, bez krwi i parcia. Wejrzeniem przypominała obrzęk śluzowaty.

We wszystkich czterech przypadkach wspólnym rysem był brak krwi, najjaskrawszy w przypadku pierwszym. Gdyby pominąć w tym przypadku otwieranie serca i śledziony, to całą sekcyę można było literalnie wykonać bez zawalania palców krwią. We wszystkich czterech przypadkach powtarza się niedokrwistość i pomniejszenie wątroby oraz rozciągnięcie pęcherzyka żółciowego żółcią. We wszystkich nie znaleźliśmy w nerkach żadnych zmian poza całkiem świeżymi zawałami w pierwszym przypadku. We wszystkich powtarzał się przerost mięśnia lewego serca. Szpik kostny w trzech okazał się tłuszczowym. Gruczoł tarczowy, nadnercza i trzustka w pierwszych 3 przypadkach były silnie rozwinięte.

Co do leczenia, to w przypadkach pomyślnych z ostrym przebiegiem pomagają wszelkie środki, zwłaszcze zaś lepsze pożywienie, środki sercowe, moczopędne. W przypadkach przewlekłych natomiast wszelkie środki zawodzą, nie wyłączając żelaza i arszeniku; o tyreoidynie wyżej już wspominaliśmy. Dyeta bezsolna raz czy parę razy pomogła, ale na krótko.

Najważniejszym więc środkiem jest dostarczenie lepszego pożywienia. To też z najgłębszem uznaniem podnieść musimy postanowienie, powzięte przez Towarzystwo

kopalni Hr. Renarda po zawiadomieniu przez doktorów Olszewskiego i Zahorskiego o wzmożeniu się chorób głodowych, by w szpitalach podnieść liczbę kaloryi, zawartych w pożywieniu chorego, do 2,500 na dobę, rodzinom zaś dotkniętych puchliną głodową wydawać artykułów spożywczych na trzy ruble miesięcznie. Również słuszna była rada, udzielona Towarzystwu Dobroczynności przez nasz K. Z. P., by podwoić, a nawet potroić ilość tłuszczów, wydawanych głodnym w przygotowywanej dla nich zupie, a od czasu do czasu przynajmniej dawać choćby niewiele pokarmów zwierzęcych (mięso, ser). Dodać jednak powinniśmy, że kol. Starkiewicz u paru dzieci mimo przeniesienia ich w całkiem dobre warunki nie widział żadnej poprawy. I my widywaliśmy przypadki śmierci mimo zmiany pożywienia na lepsze.

Jeżeli teraz zadamy sobie pytanie, co stanowi istotę naszej choroby, to wydawałoby się, że wywołująca ją przyczyna pozostaje w ścisłym związku czy to z brakiem pożywienia, czy też z zepsutemi ziemniakami. Czynnik chorobotwórczy drażni toksycznie przewód pokarmowy, wywołując podostry lub przewlekły nieżyt żołądka i kiszek ze szczególnie silnem zajęciem kiszki grubej, zwłaszcza pętli esowatej i odbytnicy. W drugiej linii czynnik chorobotwórczy upośledza czynności narządów krwiotwórczych i płciowych, wiodąc do ubytku krwi — zmniejszenia jej ogólnej ilości. Dowodów wzmożonego rozpadu krwinek czerwonych nie znajdowaliśmy ani za życia (takich n. p., jak wielka liczba cieniów krwinek w preparatach, nasycona barwa moczu, kału), ani po śmierci (ciemne zabarwienie wątroby, śledziony, nerek, wskutek złogów żelaza z rozpadłych krwinek). Wreszcie czynnik chorobotwórczy wzmaga przepuszczalność ścian naczyń krwionośnych, wiodąc do puchliny.

Puchlinę głodową poczytywalibyśmy za odrębną postać chorobową. Ma ona pewne swoiste objawy kliniczne: ślepotę zmierzchową, szczególniejsze cierpienie całego przewodu pokarmowego (jak gdyby złagodzoną, ale przewlekłą czerwonkę), szczególny obraz hematologiczny (limfocytozę jednojądrzastą, eozynofilię, brak myelocytów), ubytek krwi, upadek czynności płciowych.

Obraz anatomo-patologiczny ma także pewne wspólne i osobliwe cechy: zanik wątroby, przepełnienie pęcherzyka żółciowego żółcią, przerost lewego serca (wyraźny zwłaszcza w drugiej i trzeciej sekcyi), przedewszystkiem zaś szczególniejsze cierpienie przewodu pokarmowego, w najbardziej zajętych kiszkach grubych podobne do czerwonki. (W przypadku, dotyczącym drugiej sekcyi, mieliśmy zupełny obraz czerwonki i za życia i po śmierci, w trzeciej — za życia obraz łagodnej, ale przewlekłej czerwonki, po śmierci — nieżyt śluzowy przewlekły całego przewodu pokarmowego, zwłaszcza kiszek grubych; tu i ówdzie wybroczyny i poczynające się nadżerki na szczycie fałdów kiszkowych. W przypadku czwartym za życia lekka biegunka bez parcia i krwi (według opowieści chorej), po śmierci — wybitne ukończone już cierpienie pętli esowatej z mnóstwem drobnych (wielkości grochu) powierzchownych płaskich zlewających się blizn; podobne, ale świeże zmiany okrężnicy wstępującej. W przypadku pierwszym za życia niestała lekka biegunka, po śmierci — w bladych niedokrwionych kiszkach grubych miejscowe przekrwienia w pobliżu zastawki Bauhina, w zagięciu śledzionowem i w pętli esowatej u przejścia jej w odbytnicę. W przypadkach drugim i czwartym kiszki grube wydawały się wydłużonemi — znacznie dłuższemi, niż prawidłowo).

Wreszcie za osobliwy swoisty objaw uznać trzeba puchlinę, dosięgającą nieraz potężnego stopnia, a nie mającą wyraźnej przyczyny.

W rozprawach nad odczytem naszym w Towarzystwie lekarskiem Zagłębia wypowiadał kol. M. Sawicki odmienny od naszego pogląd na puchlinę głodową. Uważa on ją nie za odrębną postać chorobową, ale za objaw głodu i mianowicie głodu białkowego, za cherę (marasmus) białkowy. Brak białka w pożywieniu zmusza ustrój do zużywania białka z własnych narządów, z własnych komórek. Następstwem tego jest stłuszczenie tych komórek i inne rodzaje ich zwyrodnienia, co dostatecznie tłómaczy objawy chorobowe oczne, mięśniowe, nerwowe, hematologiczne. Zwyrodnienie śródbłonka naczyń, zwiększając ich przepuszczalność, wiedzie do puchliny.

Kol. Starkiewicz i Suchodolski istotę choroby upatrywali w zwichniętej równowadze czynności gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu.

Większość objawów klinicznych tłómaczyć można niedokrwistością narządów.

Że w obecnym czasie taki sam ubytek krwinek czerwonych i hemoglobiny możnaby znaleźć u mnóstwa zdrowych z warstw niezamożnych, jesteśmy o tem najmocniej przekonani, choć odnośnych badań nie przedsiębraliśmy. Kto wie też, czy niema obecnie większej, niż zwykle, skłonności do zjawiania się puchliny w następstwie innych, zasadniczych chorób: puchliny w przebiegu suchot, żółtaczki przewlekłej, po ospie; oczywiście w wymienionych przypadkach trudno wyłączyć obecność puchliny głodowej, niezależnej od wspomnianych chorób zasadniczych. Przypadków podobnych nie braliśmy jednak wcale w rachubę.

Co do chloru we krwi i wydzielinach nie przeprowadziliśmy badań.

Praca nasza ma liczne braki, których jesteśmy zupełnie świadomi. Występujemy z nią jednak już dziś przed Sz. Kolegami w tej myśli, że wnioski nasze skłonią Sz. Kolegów do ich sprawdzenia, potwierdzenia lub obalenia, że wywołując rozprawy nad tą, nieopisywaną jeszcze chorobą, przyczynimy się bezpośrednio do ustalenia jej stanowiska klinicznego i wniknięcia w jej istotę.

Zaznaczyć wreszcie musimy, że pracę naszą trudno nam nazwać wyłącznie swoją; korzystaliśmy przy niej z doświadczenia i współdziałania wszystkich naszych kolegów w Sosnowcu. Przedewszystkiem podziękować musimy kolegom szpitalnym, na pierwszem miejscu Olszewskiemu i Zahorskiemu, którzy sami gorąco zajęli się puchliną głodową, wyszukiwali jej przypadki, dawali je nam do zbadania, umożliwili dokonanie sekcyi i t. p. U kolegi Falińskiego w szpitalu miejskim siedzieliśmy przez czas dłuższy, jak gdyby na komornem, co wobec szczupłości i niedostateczności tego szpitala z pewnością narażało go na liczne niedogodności. Kol Zieleniewski otworzył nam na oścież swą pracownię, użyczył mikroskopu, barwików i przyrządów do badań, sprowadzał chorych z miasta i t. p. Kol. Perelman w swym szpitalu prócz dokładniejszych badań, dokonanych na swoich chorych, użyczył nam najnowszego, wybornego przyrządu do dokładnych obliczeń krwinek czerwo-

nych i białych z kamerą Bürkera, dostarczał barwików. Kol. Wołkowiczowi obowiązani jesteśmy za oddanie nam do dyspozycyi mikroskopu Zeissa. Kol. Hulanicki i Świętochowska zoryentowali się bardzo wcześnie w charakterze panujących chorób ocznych. Inni koledzy starannie zebrali z ksiąg ambulatoryjnych wszystkie przypadki puchliny głodowej. Wreszcie kol. Żołędziowski z Dąbrowy pożyczył nam przyrządu Thoma-Zeissa, p. Lipski trychinoskopu, p. Kozielski dokonał badania nad wodnistością krwi, opiekunki kuchni dobroczynnych udzielały nam wszelkich wyjaśnień. Słowem na każdym kroku spotykaliśmy się z życzliwą pomocą. Doznawaliśmy jej i od felczerów szpitalnych; wyczuwaliśmy ją nawet wśród służby szpitalnej.

Złożyliśmy tu, można powiedzieć, pracę raczej zbiorową, wspólną. Klęska, która nawiedziła nasze miasto, pobudziła wszystkich do usiłowań bliższego jej poznania. Wspólne zainteresowanie się wynikami dotychczasowych naszych badań będzie, miejmy nadzieję, dalszym krokiem na tej drodze.

Puchlina głodowa w Sosnowcu w ostatnim czasie zmalała, mianowicie w ambulatoryach fabrycznych, w związku zapewne z przywróceniem pracy w kopalniach i ze spadkiem cen na chleb i ziemniaki. Jednakże jeszcze 30. sierpnia w ambulatoryum dla najuboższych jeden z nas znalazł 5 dzieci z puchliną głodową, z których jedno zmarło nawet w ambulatoryum. Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego d. 28 sierpnia kol. Kożuchowski nadesłał spis dalszych 16 chorych, przeważnie starszych, z Dąbrowy Górniczej, dotkniętych puchliną głodową, a kol. Puljanowski (Niemce) podał wiadomość o 28 zestawionych przez siebie przypadkach.

Z kliniki chorób nerwowych i umysłowych Uniw. Jagiell., obecnie oddziału c. i k. szpitala kliniczn. twierdzy w Krakowie. (Dyrektor: Prof. Dr Piltz).

Kilka spostrzeżeń z przebiegu uszkodzeń postrzałowych nerwów obwodowych.

Podał

Dr S. Borowiecki, asystent kliniki.

Wojna obecna dostarcza neurologom niezliczonej ilości uszkodzeń układu nerwowego. Wśród uszkodzeń tych, jak się okazuje, najczęstsze są postrzały nerwów obwodowych. Nic więc dziwnego, że Oppenheim uważa uszkodzenia nerwów obwodowych za główne pole działania neurologii wojennej. Niepodobna już dzisiaj przesądzać, w jakim stopniu ta neurologia wojenna naszą wiedzę wzbogaci, niewątpliwie jednak, zwłaszcza w zakresie nauki o schorzeniach nerwów obwodowych, których nigdy nie widzieliśmy w czasie pokoju tylu i w takich najróżnorodniejszych stopniowaniach i kombinacyach, możemy się spodziewać licznych i ważnych spostrzeżeń w zakresie symptomatologii, przebiegu, jak i leczenia.

Wśród spostrzeganych przezemnie dotychczas wojennych uszkodzeń nerwów obwodowych zwróciły szczególniej moją uwagę postrzały nerwu kulszowego ze względu na pewne swoje osobliwości. W toku opisu zaznaczę, o ile spostrzeżenia te dotyczą i innych nerwów.

Zacznę od najcięższego postrzału nerwu kulszowego.

I. Oficer Legionów polskich J. K., l. 26, został ugodzony d. 23. V. 1915 w czasie ataku kulą karabinową w lewe udo. Blizny po wlocie i wylocie postrzału leżą mniej więcej na tej samej wysokości, 14 cm poniżej krętarza większego, przyczem blizna wylotu leży na zewnątrz. Od pierwszej chwili zranienia wystąpiło porażenie w zakresie lewej kończyny dolnej, w tydzień potem pojawiły się silne bóle w przegubie kolanowym, pod podeszwą i w palcach, a niekiedy, zwłaszcza później, i na zewnętrznej powierzchni goleni oraz w łydce. Bóle te występowały zazwyczaj w dzień pomiędzy godziną 12. a 6. i były, zwłaszcza w dni gorące, bardzo silne. Gorące napoje i pokarmy oraz nawet nieznaczne dawki alkoholu (szklanka wina) miały znacznie potęgować bóle. Chory wyraża przytem przypuszczenie, że występowanie bólów między godziną 12—6 jest w związku z obiadem, a więc z najobfitszem dziennem jedzeniem, spożywanem przed godz. 12. Nagle i przykre wrażenia miały również wzmagać bóle chorej kończyny. Przedmiotowo stwierdzono d. 13. VII. 1915, przy przyjęciu chorego na klinikę, w obrębie kończyny dolnej lewej: porażenie zupełne mięśni stopy, palców oraz zginaczy kolana, zniesienie odruchu ze ścięgna Achillesa oraz podeszwowego, zanik kończyny, zwłaszcza zaś goleni (obwód goleni 20 cm powyżej kostki wewnętrznej wynosił po stronie prawej 28·8 cm, po lewej 26·8 cm), niepobudliwość na prąd faradyczny i galwaniczny nerwu łydkowego i piszczelowego oraz mięśni, przez te nerwy unerwionych, zaburzenia czucia w postaci znieczulenia na podeszwie oraz palcach, w postaci przytępienia czucia na grzbiecie stopy oraz zewnętrznej powierzchni goleni, bolesność uciskową nerwu piszczelowego i łydkowego oraz mięśni goleni, oraz zaburzenia naczynioruchowe, wydzielnicze i odżywienia, jakoto: Lewa stopa jest nieco cieplejsza i różowsza, przy opuszczeniu nóg (gdy chory siedzi) barwa jej staje się czerwieńsza, a wreszcie przy dłuższem trwaniu tej pozycyi sina. Pozycya ta, połączona z wyraźnie obfitszym przypływem krwi, wywołuje silniejsze bóle, które miesienie w kierunku dośrodkowym łagodzi. Podeszwa lewa suchsza (anidrosis), tylko na grzbiecie stopy, w okolicy blizkiej nieczułych miejsc palców, jakby nieco wzmożona ilość potu (hyperhidrosis). W tej okolicy, jak i na zewnętrznej stronie goleni po stronie lewej wzmaga się wybitnie ilość potu podczas badania elektrycznego, które wogóle wpływa u tego chorego na wzmożone wydzielanie potu także i na zdrowej kończynie, na niej jednak mniej obfite. Lewa goleń oraz grzbiet stopy pokryte obficiej włosami, niż prawe (hypertrichosis). Że nie zależy to od zmniejszenia obwodu kończyny, widać zwłaszcza na grzbiecie stopy, ponieważ rozmiary stopy wybitnie zmienić się nie mogły.

Przebieg był następujący: Wkrótce po przyjęciu do kliniki stało się możliwe zginanie nogi lewej w kolanie przy położeniu na brzuchu, w końcu sierpnia stwierdzono drobne ruchy palców w postaci zginania ku podeszwie, a wreszcie w końcu września pojawiło się unoszenie zewnętrznego brzegu stopy oraz zginanie podeszwowe stopy (przy zgiętem kolanie). Pobudliwość elektryczna nie uległa żadnej zmianie, a obwód goleni nieco się zmniejszył. Bóle, które w sierpniu nieco przycichły, we wrześniu i październiku znowu zaczęły choremu dokuczać. Bóle te, oraz zatrzymanie się w końcu września dalszej poprawy pomimo energicznego leczenia (miesienie, elektryzacya, kąpiele) skłoniły nas do przeniesienia chorego w drugiej połowie października na klinikę chirurgiczną[1]).

Co się tyczy wyżej wymienionych zmian naczynioruchowych i odżywienia, to należy jeszcze dodać, że różnica zabarwienia skóry obydwu kończyn dolnych u chorego leżącego nie zawsze była wyraźna, występowała jednak zawsze bardzo wybitnie, gdy chory siedział. Pierwsza próba dłuższego siedzenia wywołała przekrwienie bardzo wybitne i bolesne obydwu stóp, znacznie jednak większe po stronie lewej. Tutaj przekrwienie wywołało nawet szereg drobnych wybroczyn na podeszwie. Próby następne opuszczania nóg, odtąd regularnie powtarzane, wybroczyn i na tej stopie już nie wywoływały, również przekrwienie i bolesność stopy prawej nie powtarzały się, przekrwienie natomiast czynne, a później i bierne, oraz bolesność obwodowych części nogi lewej pojawiały się nadal przy siedzeniu aż do końca pobytu chorego w klinice. Stopa lewa niezawsze bywała cieplejsza, niekiedy nawet sprawiała wrażenie zimniejszej, co wiązało się prawdopodobnie z jej większem poceniem się w okolicach skóry o stępionem czuciu. Do zaznaczonych wyżej zmian odżywienia musimy wreszcie doliczyć zanik kości, zwłaszcza stopy, po stronie lewej, dający bardzo wyraźny obraz rentgenologiczny.

[1]) Operacya, wykonana d. 8. XI. 1915 przez prof. Dr. Kadera, potwierdziła przypuszczenie: ciągłość nerwu nie była w sposób widoczny naruszona, nerw był natomiast w okolicy postrzału nieznacznie zgrubiały i otoczony zrostami z tkanką ota-



Kończyny dolne dwóch chorych z postrzałem nerwu kulszowego. Po stronie lewej kończyny chorego J. K., po stronie prawej chorego T. B. U obydwu uszkodzony został nerw kulszowy po stronie lewej. Po stronie tej są zwłaszcza stopy wyraźnie ciemniejsze, co stoi w związku z ich przekrwieniem; różnice te wpadają w oczy przedewszystkiem na palcach i paznokciach. U chorego J. K. widać nadto zanik mięśni oraz nadmierne uwłosienie na goleni i grzbiecie stopy.

Zbierając wszystkie objawy, dochodzimy do wniosku, że nerw kulszowy, jakkolwiek w przypadku tym został dotknięty dość znacznie, o czem świadczą wybitne porażenia, znieczulenia podeszwy i palców oraz odczyn zwyrodnienia, nie był przerwany całkowicie, wobec tego, że w zakresie nerwu łydkowego czucie było tylko przytępione, że nieznaczne ruchy pojawiły się zarówno w zakresie tego nerwu, jak i nerwu piszczelowego, oraz że bóle były dość silne. Zatrzymanie się poprawy i bóle tłómaczyliśmy sobie uciskiem tkanki bliznowatej na pień nerwowy, który to ucisk wymaga operacyi. Przypadek ten jest, jak świadczy kazuistyka wojenna, pod względem niecałkowitego przerwania nerwu najpospolitszy. Całkowite przerwanie nerwu przez postrzał zdarza się bowiem stosunkowo rzadko, według Lewandowskiego mniej więcej w 15% przypadków.

Pod względem objawowym należy podnieść z przypadów podmiotowych przedewszystkiem nadzwyczajne bóle pod podeszwą, w łydce oraz zewnętrznej powierzchni goleni, które sprawiały bardzo znaczne trudności w leczeniu. Oppenheim, omawiając swoje spostrzeżenia wojenne, podnosi, że postrzałowe uszkodzenia nerwów cechuje w bardzo wielu przypadkach znaczne natężenie bólów. Jakkolwiek przywykliśmy łączyć zazwyczaj z porażeniami nerwu kulszowego bóle, to jednak istotnie bóle w przypadku powyższym, jak i innych spostrzeganych przezemnie postrzałach tego nerwu, zdają się być większe. Režniček zalicza uszkodzenia postrzałowe nerwu kulszowego do najboleśniejszych.

Ze swojej strony muszę podkreślić nadzwyczajną wrażliwość uszkodzonego nerwu. Ranny ten, słuchacz medycyny, zrobił na sobie dwa spostrzeżenia, godne zapisania: 1) zauważył, że spożycie pokarmów lub napojów ciepłych (nawet paru łyków gorącej herbaty), taksamo, jak i nieznaczne dawki alkoholu (szklanka wina), zwiększały natychmiast napięcie bólów; 2) nagłe wrażenia, n. p. upadek jakiegoś przedmiotu, przykra wiadomość i t. d. odzywały się natychmiast przemijającym chwilowym bólem w zwykłych miejscach. Te podmiotowe podania chorego są znakomitym przykładem niesłychanej wrażliwości tkanki nerwowej. Przypominają się tutaj same przez się częste skargi na zależność natężenia bólów od wpływów atmosferycznych, głoszone przez chorych na rwę kulszową i inne nerwobóle.

czającą. Zabieg operacyjny polegał więc w przypadku tym jedynie na wyswobodzeniu nerwu z pod uciskającej go tkanki, oraz kilku nacięciach podłużnych osłonki nerwu (perineurium) i pęczków nerwowych celem uwolnienia poszczególnych włókien z pod ucisku.

Spostrzeżenie to nie jest unikatem. Spostrzegałem innego chorego z postrzałem w okolicy pachy lewej. Chory ten został ranny d. 1. VII. 1915. Natychmiast po zranieniu nie mógł przez kilka minut ruszać ręką lewą. W parę tygodni potem pojawiły się silne bóle po wewnętrznej stronie przedramienia, przyczem, co chory sam podawał bez żadnych poprzednio zadawanych pytań, bóle te występowały przy zmianie pogody, przy rozgrzaniu się, zmęczeniu, spożywaniu ciepłych pokarmów lub silniejszych wrażeniach. Przedmiotowo można było stwierdzić pewną zmianę czucia w obrębie skóry, unerwionej przez wewnętrzny większy nerw skórny (nervus cutaneus brachii internus major).

Nie mogę powiedzieć, czy przypadek nie odgrywa tu roli, ale skarg podobnych na ujemne działanie ciepła z wewnątrz lub z zewnątrz nigdy nie spotykałem przy postrzałach nerwu pośrodkowego (n. medianus) lub łokciowego, również dość bolesnych uszkodzeń w zakresie kończyn górnych, stwierdziłem je natomiast, jako mniej lub więcej krótkotrwały objaw, parę razy przy tak rzadko spotykanych w czasie pokoju uszkodzeniach czuciowych nerwów skóry tej kończyny. Poza wspomnianym przypadkiem draśnięcia wewnętrznego większego nerwu skórnego ramienia spotkałem skargi na podobną wrażliwość przy postrzale tylnego górnego nerwu skórnego ramienia (n. cutaneus brachii posterior superior) oraz przy zranieniu tylnego dolnego nerwu skórnego (n. cutaneus brachii posterior inferior n. radialis). O ile spostrzeżenie to jest istotnie charakterystyczne dla nerwów z przeważającą lub dominującą czynnością czuciową, przesądzać oczywiście nie można. Ze spostrzeganych przezemnie uszkodzeń nerwu kulszowego spotkałem się z podobnemi skargami podmiotowemi tylko w paru przypadkach (2 na 7), spotyka się je zatem, zwłaszcza przy postrzałach nerwu kulszowego, dość rzadko. Według wszelkiego prawdopodobieństwa stwierdzenie ich wymaga znacznej zdolności chorego do obserwacyi swego stanu, nie należy więc do łatwych. Z punktu widzenia klinicznego stwierdzenie tych skarg niema większego znaczenia, nabierają go one jednak, jeśli widzieć w nich będziemy przykład niezwykłej wrażliwości nerwów obwodowych, prawdopodobnie niejednakowej w różnych nerwach.

Z objawów przedmiotowych podnoszę częstość zespołu objawów, który według analogii z t. zw. erytromelalgią nazwać można erytromelalgicznym, a który bardziej lub mniej jaskrawo, przez dłuższy lub krótszy przeciąg czasu znajdowałem w najlżejszych nawet przypadkach uszkodzeń nerwu kulszowego. Chory skarży się przytem na silne bóle, stopy po stronie uszkodzenia są (zwłaszcza wkrótce po zranieniu) nieco różowsze i niekiedy cieplejsze, przy opuszczaniu nóg różowość się zwiększa, noga brzęknie, żyły nabrzmiewają, czerwonawość przechodzi nawet w sinicę i bóle stają się znacznie większe. U chorego wyżej opisanego objawy te istniały w bardzo wybitnym stopniu.

Przytoczę teraz, jako rzadki przykład, przypadek, w którym wspomniany zespół erytromelalgiczny występował niemal wyłącznie.

II. B. T., l. 35, ułan Legionów polskich, przyjęty do kliniki d. 6. VII. 1915. Został on d. 22. VI. 1915 w czasie jazdy na koniu trafiony od tyłu kulą karabinową w wewnętrzny górny odcinek lewego pośladka. Kulę wkrótce wyjęto po nacięciu tylnej powierzchni lewego uda nieco poniżej jego środka. Zraniony uczuł silne uderzenie, jakby kość została ugodzona, natychmiast potem uczucie zdrętwienia całej kończyny dolnej lewej bez żadnego upośledzenia ruchów. Po 2 dniach uczucie zdrętwienia osłabło, zwiększył się natomiast ból, odczuwany głównie w głębi pod kolanem i pod podeszwą. Przy dotykaniu tych

okolic występował nadto słabszy ból powierzchowny. Bóle te stanowiły główną skargę chorego przez cały okres jego pobytu w naszym szpitalu i dokuczały mu zwłaszcza w nocy. Z pni nerwowych był bolesny na ucisk nerw piszczelowy. Przedmiotowo stwierdziliśmy nieznaczne upośledzenie ruchów palców nogi lewej, oraz zniesienie odruchu ze ścięgna Achillesa tejże nogi. Zaburzeń czucia stwierdzić nie było można. Noga lewa natomiast od kolana, zwłaszcza zaś stopa, były cieplejsze i suchsze od prawej skutkiem zmniejszonego wydzielania potu, oraz różowsze skutkiem wzmożonego napływu krwi. Przy opuszczeniu kończyny z położenia poziomego do pionowego różnice w ciepłocie oraz zaczerwienienie stawały się jeszcze wybitniejsze, przyczem bóle znacznie się zwiększały.

Kiedy rannemu pozwolono chodzić, długotrwałe pionowe położenie nóg doprowadzało do lekkiego obrzęku stopy. Zmuszało to chorego do rozszerzenia buta, przeznaczonego na tę nogę. Przez czas dwumiesięcznego przeszło leczenia (do d. 16. IX. 1915) przedmiotowo nic się w stanie chorego nie zmieniło. Bóle tylko, które podmiotowo najbardziej choremu dokuczały, zmniejszyły się i po miesiącu już nie stanowiły przeszkody do chodzenia z nieznacznem tylko kuleniem. Bóle te łagodziły najlepiej ciepłe kąpiele oraz lód. Salicylan sodowy oraz inne środki przeciw nerwobólom w najróżnorodniejszych kombinacyach sprawiały tylko bardzo małą ulgę.

Przypadek ten jest podobny do przypadku, przedstawionego przez Cassirera, jako erytromelalgia obwodowa, w Towarzystwie neurologiczno-psychiatrycznem w Berlinie d. 14. XII. 1914. Przypadek Cassirera dotyczył żołnierza, rannego w lewą goleń pomiędzy środkową, a dolną trzecią częścią. O możliwości uszkodzenia nerwu piszczelowego, względnie nerwu łydkowego niema tam wzmianki. Przypadek ten różnił się od mojego przedewszystkiem zniesieniem odruchu ze ścięgna Achillesa, który tam był zachowany, oraz bolesnością uciskową nerwu piszczelowego, stwierdzoną tylko u mojego chorego. Co do zaburzeń ruchowych, to w moim przypadku były upośledzone nieco tylko ruchy palców, w jakim stopniu jednak upośledzenie to zależało od ostrożności, z jaką chory ruchy te, ze względu na bóle, wykonywał, orzec trudno. Takiesame zaburzenia ruchowe opisuje w przypadku swoim Cassirer, zaraz po zranieniu ruchy stopą i palcami miały być jednak upośledzone, nawet bardzo znacznie, czego mój chory nie podaje zupełnie. O wydzielaniu potu Cassirer nie wspomina, u mego zaś chorego wydzielanie potu było zmniejszone.

Wzgląd na zagadkową do dziś postać chorobową erytromelalgii skłonił mnie do zwrócenia szczególnej uwagi na zespół objawów, przypominających erytromelalgię, przy uszkodzeniach postrzałowych nerwu kulszowego. Rzecz dziwna, we wszystkich badanych przezemnie dotychczas uszkodzeniach tego nerwu stwierdzałem objawy przekrwienia i bolesności, zwiększające się przy opuszczeniu nóg, przy ruchach i pod wpływem ciepła, najbardziej charakterystyczne dla erytromelalgii. Nie jestem tego zdania, aby ból, na jaki ranni ci się skarżą, można było odnieść wyłącznie do zespołu erytromelalgicznego, przypuszczam jednak, że składnikiem jego jest właśnie ten ból erytromelalgiczny. Oczywiście muszę dodać tutaj zastrzeżenie, że niezawsze nasilenie tych objawów erytromelalgicznych było tak wybitne i długotrwałe, jak w przytoczonych przezemnie przypadkach. Według wszelkiego prawdopodobieństwa stanowią one cechę charakterystyczną pewnego, i to mianowicie początkowego okresu uszkodzeń postrzałowych tego nerwu. Tak n. p. u jednego z chorych, rannego przeszło przed rokiem (d. 23. X. 1914), stwierdziłem zupełnie odmienne zaburzenia naczynioruchowe: kończyna dolna po stronie uszkodzonego nerwu kulszowego była znacznie bledsza i nie traciła swej bladości nawet, gdy chory siedział ze spuszczonemi nogami. Dowiedziałem się od tego chorego, że w pierwszych miesiącach po zranieniu było inaczej, a mianowicie podobnie, jak u chorych, opisanych wyżej.

Podnosząc analogię z erytromelalgią, nie chcę oczywiście mówić o identyczności objawów. Oprócz analogii istnieją bowiem i różnice. Jedną z różnic zespołu erytromelalgicznego przy postrzałach nerwu kulszowego od rzeczywistego zespołu erytromelalgicznego zdają się być zaburzenia wydzielnicze. Jak to zaznacza Cassirer, z reguły spotykamy przy erytromelalgii nadmierne wydzielanie potu, przy postrzałach nerwu kulszowego natomiast zaburzenia wydzielnicze przedstawiają obraz bardziej różnorodny: raz mamy zmniejszone wydzielanie potu, jak u drugiego naszego chorego, to znów zwiększone, to znów jedno i drugie, zależnie od okolicy skóry, jak u pierwszego chorego. Wreszcie w erytromelalgii samoistnej objawy bólowe i naczynioruchowe występują bardziej napadowo, niż przy postrzałach nerwu kulszowego. Te drugorzędne różnice nie powinny jednak, zdaniem mojem, zamykać nam oczu na zaznaczone podobieństwo obrazów.

Cassirer, w swem dziele »Nerwice naczynioruchowe i troficzne«, omawiając erytromelalgię, broni jej samodzielnego stanowiska, jako choroby, oraz przyjmuje dwie grupy tego cierpienia. W jednej występują objawy w obrębie inerwacyjnym pewnego nerwu obwodowego, w drugiej w sposób rozlany we wszystkich lub niektórych tylko kończynach. Dla pierwszej grupy, która tu nas przedewszystkiem obchodzi, przyjmuje Cassirer za podstawę stan podrażnienia w nerwach obwodowych ze szczególnem uprzywilejowaniem włókien naczynioruchowych, w szczególności rozszerzających naczynia i wydzielniczych. I włókna czuciowe mają być w przypadkach tych zawsze dotknięte, prawdopodobnie najbardziej włókna czuciowe naczyń krwionośnych. Ta obwodowa erytromelalgia ma wiele punktów stycznych z zapaleniem nerwów i rwą (neuralgia), jakkolwiek nie można było dotychczas, jak to twierdzi Cassirer o ogłoszonych przyczynkach kazuistycznych, dotyczących tej sprawy, spostrzeganego w nich zespołu erytromelalgicznego odnosić z całą pewnością do zapalenia nerwu lub rwy (neuralgii). Cassirer sądzi, że dopóki nie znajdujemy pewnych oznak zapalenia nerwu lub rwy, a więc zniеczuleń, porażeń, punktów uciskowych i t. d., dopóty nie możemy w przypadkach tych mówić o zapaleniu, ani o rwie z objawami erytromelalgii w zakresie określonego nerwu obwodowego. Przyjmuje on co do erytromelalgii obwodowej, że włókna obwodowe naczynioruchowe, czuciowe, względnie włókna czuciowe naczyń i włókna wydzielnicze są prawdopodobnie siedliskiem podrażnienia chorobowego, które w ostatecznym wyniku daje coś innego, niż zwykłe zapalenie nerwu lub rwa.

W naszym pierwszym przypadku mielibyśmy zatem zapalenie urazowe nerwu kulszowego, skombinowane z objawami, przypominającymi najzupełniej erytromelalgię obwodową, w drugim — objawy zapalenia nerwu zredukowane są do minimum, a na pierwszy plan wysuwają się zasadnicze objawy erytromelalgii. Inne przypadki postrzałów nerwu kulszowego, które spostrzegałem, a które tu pomijam, stanowią pod względem natężenia objawów jednej i drugiej kategoryi przejścia pomiędzy tymi dwoma, opisanymi wyżej przypadkami. Spostrzeżenia te nie dowodzą oczywiście, aby erytromelalgię uważać należało za zwykłe zapalenie nerwu obwodowego i nie zmierzają do usunięcia pojęcia erytromelalgii obwodowej, jako samoistnej jednostki chorobowej, dowodzą one jedynie, że zespół erytromelalgiczny jest, jeżeli nie stałym, to częstym bardzo objawem, występującym w pewnym okresie przy postrzałach nerwu kulszowego. Fakt ten należy uwzględnić, jeżeli idzie o jakiekolwiek teoretyczne zrozumienie erytromelalgii, w postrzałach nerwu kulszowego mamy bowiem przyczynki poniekąd doświadczalne dla rozjaśnienia trudnego zagadnienia mechanizmu erytromelalgii.

To, co przy uszkodzeniach nerwu kulszowego występuje w sposób jaskrawy, znajdujemy w lżejszej i mniej wyraźnej postaci w zakresie kończyn górnych niekiedy przy postrzałach nerwu pośrodkowego (n. medianus), a zdaje się czasami i nerwu łokciowego. Uszkodzenia nerwu pośrodkowego należą mianowicie do bardzo bolesnych, często są połączone z objawami naczynioruchowymi (przekrwieniem

biernem i czynnem) i wydzielniczymi, a opuszczenie rąk zazwyczaj zwiększa objawy przekrwienia oraz bóle w palcach. Pod tym względem brak mi jednak dotychczas większego materyału.

Nie da się wyłączyć, że do pewnego stopnia sam postrzał, jako swoisty zupełnie rodzaj uszkodzenia, sprawia częściej, niż inne czynniki szkodliwe, ten rodzaj podrażnienia, który wywołuje zespół objawów erytromelalgicznych. A może włókna naczynioruchowe, czuciowe, względnie włókna czuciowe naczyń i włókna wydzielnicze, od których podrażnienia zależy przypuszczalnie erytromelalgia, odznaczają się szczególną wrażliwością, sprawiającą, że bodźce, zdolne już wywołać erytromelalgię, nie są dostateczne, aby na ich gruncie rozwinęło się zapalenie nerwu.

Piśmiennictwo. 1) R. Cassirer: Die vasomotorisch-trophischen Neurosen. 1912. — 2) S. Rudzki i J. Hornowski: Erytromelalgia. Neurologia polska, t. II, zesz. IV, 1912. — 3) Neurol. Centralblatt, 1915, artykuły i sprawozdania w Nr. 1—20.

Z pracowni lecznicy polskiej w Kijowie.

Przymiot doświadczalny u królików.

Podał

Dr A. Modrzewski.

(Odczyt na posiedzeniu Tow. lek. polskiego w Kijowie 20. V. 1914).

W 1881 roku Hänsel wykonał kilka szczepień materyału przymiotowego do przedniej komory oka króliczego. Po 3—6 tygodniach wylęgania otrzymał on zmiany w rogówce i tęczówce oka, które dziś, sądząc z opisu, mogą uchodzić za niezaprzeczalnie przymiotowe. Dowieść wtedy przymiotowego charakteru zmian oka Hänslowi nie udało się, nie znał on jeszcze krętka bladego.

Pierwszym, który opisał doświadczalny przymiot u królików po odkryciu Schaudinna, był Bertorelli w 1906 roku. Materyał, zawierający krętki blade w postaci zawiesiny w rozczynie fizyologicznym, Bertorelli wstrzykiwał do przedniej komory oka królika w ilości 2—3 kropel, wypuściwszy uprzednio płyn z przedniej komory. Po 3—6 tygodniach wylęgania zjawiało się zapalenie rogówki i tęczówki z obecnością krętka bladego. Odsetka dodatnich wyników była w doświadczeniach Bertorelliego stosunkowo niewielka, 10—15%, lecz większa niż u Hänsla.

W ślad za Bertorellim cały szereg autorów opisuje dodatnie wyniki szczepień materyału przymiotowego do przedniej komory oka królika (Scherber, Neisser, Schucht, Mulhens, Hoffmann, Uhlenhuth, Tomasczewski, Purkhauer, Grouven i inni).

W technice szczepienia zaszły także zmiany. Wiadomo, że niekonieczne jest wprowadzenie materyału do przedniej komory oka, lecz wystarcza do zakażenia wetrzeć materyał w rogówkę królika po poprzedniej skaryfikacyi, lub nawet bez niej. Są wypadki, gdzie tylko wkraplanie zawiesiny, zawierającej krętka bladego, do worka spojówkowego oka królika wywoływało zakażenie.

Dzięki przeszczepieniu zarazka z jednego zwierzęcia na drugie, udało się zwiększyć zaraźliwość szczepu i podnieść odsetek dodatnich wyników do 50—60%. Przymiotowe zapalenie rogówki nabierało własności nawracania (recydyw), lecz w większości przypadków pozostawało sprawą miejscową. Zaledwo kilku badaczy (Grouven, Purkhauer) widziało przy tym sposobie szczepienia przejawy uogólnienia się przymiotu w postaci wykwitów przymiotowych w innych miejscach.

Próby badaczy zakażania królików podskórnie przez dłuższy czas nie dawały dodatnich wyników, aż Parodi w 1907 r., szczepiąc cząstki guzka przymiotowego (papula) człowieka do jądra królika, otrzymał zmiany w postaci nacieków, w których zapomocą metody Levaditiego wykrył krętka bladego. Wkrótce potem Tomasczewski zmienił technikę szczepienia, wprowadzając materyał przymiotowy do głębokiej kieszonki podskórnej w mosznie, sięgającej do samego jądra. Odsetka wyników dodatnich Tomaszczewskiego była bardzo wysoka, 86·5% (z 45 królików — dodatnich wyników 39). Parodi, a potem Uhlenhuth i Multzer wstrzykiwaniami materyału pod błonę białawą (tunica albuginea) jądra wywoływali przymiotowe schorzenie jądra u królików. Uhlenhuth i Multzer jeszcze inaczej zmienili technikę szczepień, a mianowicie zaczęli wykonywać wstrzykiwania do samego miąższu jądra. Materyał, który miał służyć do szczepienia, posiekany lub roztarty na drobne cząsteczki, mieszano z fizyologicznym rozczynem soli, kłócono w odpowiednim przyrządzie (Schüttelapparat) w ciągu ½—1 godziny, następnie przesączano przez gazę we dwoje złożoną. Ciecz, zawierającą zwykle mnóstwo krętków, wstrzykiwano strzykawką wprost do jądra. Posiłkując się tą metodą, Uhlenhuth i Multzer otrzymali kilkanaście pokoleń zarazka przymiotowego w jądrze królika. Jest to tak zwana »czysta hodowla krętka bladego według Uhlenhutha«. Przeszczepianie z jednego zwierzęcia na drugie wpłynęło według Uhlenhutha na zwiększenie zaraźliwości zarazka, co zaznaczyło się zwiększeniem odsetka dodatnich wyników z 8—25% do 75—78%, zmniejszeniem okresu wylęgania z 10—12 tygodni do 4—6 i nasileniem przejawów chorobowych.

Chorobowe objawy, jakie Uhlenhuth i Multzer otrzymywali w jądrze królika, były następujące:

1) Ulcus induratum scroti.
2) Orchitis syphil. totalis et circumscripta.
3) Periorchitis syphil. totalis et circumscripta.

We wszystkich tych ogniskach chorobowych zwykle znajduje się mnóstwo krętków. Objawy te Uhlenhuth i Multzer uważają za pierwotne zmiany przymiotowe.

Że przymiot może u królików uogólnić się — o tem mówił jeszcze w 1908 r. Neisser. Uhlenhuth i Multzer wykonali cały szereg doświadczeń i wykazali, że krętek blady może być wykryty w wewnętrznych narządach zakażonego królika (wątroba, śledziona, szpik kostny) i że przymiotowe wykwity mogą zjawić się przy szczepieniu do jądra w drugiem jądrze, na rogówce oka, około odbytu. Gruczoły chłonne w okolicy pachwinowej odnośnej strony przy przymiocie jądra także bywają czasami zwiększone. Trzeba zaznaczyć, że zjawiska wtórne u królików występowały w doświadczeniach Uhlenhutha i Multzera nie często.

Dla otrzymania wybitnych przejawów ogólnego przymiotu u królików posiłkowali się autorowie wstrzykiwaniem zawiesiny przymiotowej wprost do żyły lub do serca młodych królików, wywołując tym sposobem sprawy przymiotowe w różnych nietypowych miejscach: na nosie, na końcu

ogona, około pazurów. Wszystko to autorowie uważają za objawy identyczne z objawami ogólnego zakażenia u ludzi, lecz zdaje się, że właściwiej byłoby widzieć w tem przejawy wielorakich zmian pierwotnych.

Co do miejsca, na którem mogą być wywołane zmiany pierwotne u królika, to ostatnimi czasy opisano przypadki zakażenia w okolicy brwi, podobnie, jak to bywa u małp. W innych miejscach na skórze zakażenia udawały się nadzwyczaj rzadko i tylko po poprzedniem urazowem uszkodzeniu miejsca zakażenia. Bardzo ciekawe są doświadczenia Nogouchiego ze szczepieniem zarazka przymiotowego do mózgu królika. U 4 królików, nie zakażonych przymiotem, szczepienie zarazka pod oponę mózgową nie wywołało żadnych zmian. U 12 innych królików, które zostały przedtem uczulone wstrzykiwaniami do żyły zabitej hodowli krętka bladego, nastąpiły oznaki schorzenia mózgu lub opon i w niektórych z tych przypadków przy badaniu histologicznem wykryto krętki.

Objawy przymiotowe u królików po pewnym czasie znikają bez leczenia i królik wydaje się zdrowym. Tylko w bardzo niewielu przypadkach króliki giną z wyniszczenia bez żadnych typowych zmian w narządach wewnętrznych. W krwi królików chorych na pierwotne objawy przymiotowe odczyn Wassermanna daje dość często wynik dodatni (Finkelstein 42%), lecz Uhlenhuth i Multzer przestrzegają, że także krew zdrowych królików dość często daje ten odczyn. Aglutynin nie wykryto. Również surowica krwi królików, które chorowały na przymiot, niema własności leczniczych.

Że przymiot u królików doskonale leczy się zapomocą arsenobenzolu, o tem nie potrzebuję osobno wspominać, bo przecie z doświadczeń na królikach powstało leczenie arsenobenzolowe. Bardzo niewiele zdołałem znaleść w dostępnej mi literaturze prac o leczeniu przymiotu u królików przetworami rtęci i jodkiem potasu. Zdaje się, tylko dawki wielkie, trujące tych przetworów działają na krętki blade.

Wyleczony przymiot nie zabezpiecza od powtórnego zakażenia. U królika nawet istniejący przymiot nie daje odporności całkowitej. Wiadomo, że króliki zakażone do jednego oka, mogą być z łatwością zakażone do drugiego oka. Króliki zakażone do jądra, łatwo zakażają się również do drugiego jądra.

Sprawa dziedziczności przymiotu u królików jest jeszcze mało opracowana. Objawy dziedzicznego przymiotu w postaci miąższowego zapalenia rogówki otrzymał tylko Wiman.

Dalsze swe badania Uhlenhuth i Multzer zwrócili w kierunku wyjaśnienia zaraźliwości resp. obecności krętka bladego we krwi chorych na kiłę. Stwierdzili oni, że krew kiłowych z objawami pierwotnymi i wtórnymi, wstrzykiwana do jądra królika, wykazała w 70—80% obecność krętka bladego. Wykazali także, że i krew chorych na przymiot utajony w 2 przypadkach z 15 (tylko odczyn Wassermanna był dodatni) wykazała obecność krętka bladego. Wprawdzie dwu tych przypadków nie można uważać za prawdziwy przymiot utajony, gdyż w jednym z nich okazało się, że w trzy dni po wzięciu krwi do badania wystąpiły objawy jawnego przymiotu, a w przypadku drugim chodziło o kobietę, która przed 18 dniami porodziła dziecko z jawnemi oznakami przymiotu. W trzecim okresie przymiotu powiodło się Uhlenhuthowi i Multzerowi wykazać obecność krętka bladego w jednym z 8 przypadków. Przy przymiocie dziedzicznym, późnym, z dodatnim odczynem Wassermanna, nie powiodło się wykazać krętka bladego. Również nie powiodło się M. Hanauowi wykazać obecności krętka bladego we krwi przy miąższowem kiłowem zapaleniu rogówki. Udało się natomiast dowieść zaraźliwości nasienia chorych na kiłę w dwóch przypadkach z sześciu. W płynie mózgowo-rdzeniowym chorych z objawami wtórnymi w dwóch przypadkach znaleziono krętki blade; natomiast w płynie tym w przypadkach wiądu i porażenia postępującego krętków nie wykryto, lecz natomiast powiodło się Uhlenhuthowi i Multzerowi wykazać zapomocą szczepienia królikom obecność krętka bladego w mózgu chorego na porażenie postępowe, co potwierdza epokowe odkrycie M. Nogouchi [1]). Uhlenhuth i Multzer dowiedli, że mleko kobiet z oznakami przymiotu lub tylko z dodatnim odczynem Wassermanna zawiera krętki blade. Co się tyczy moczu lub plwociny, to nie powiodło się w nich stwierdzić krętków. W jednym przypadku przymiotu złośliwego obecność krętka bladego stwierdzono szczepieniem na królikach.

Czy przymiot królików jest zaraźliwy dla człowieka? Niestety mamy już dwa przypadki zakażeń pracownianych u ludzi materyałem od królików w czasie szczepień. Opisane one zostały przez Boschkego i Graetz-Delbanco. Leczenie rtęciowe lub arszenikowe wpływa na znikanie krętków ze krwi królików często, ale nie zawsze. Wkrótce cały szereg autorów (Finkelstein, Danila, Max Müller, Graves, Frühwald, Armann i inni) potwierdził większość doświadczeń Uhlenhutha. Z nich Finkelstein, który szczepił metodą Tomasczewskiego 45 królików, używając materyału z 2 królików, otrzymanych z pracowni Ehrlicha, miał wyników dodatnich 53·3%. Podkreśla on przytem, że albinosy rosyjskie dały większą odsetkę (67·7%) dodatnich szczepień, niż króliki innych ras (43·5%).

Autor ten twierdzi, że na 24 zakażone króliki widział w 4 przypadkach objawy, które określa jako wtórne i w 3 przypadkach trzeciorzędne. Wywody swoje opiera na zewnętrznem wejrzeniu wykwitów i na wynikach badania histologicznego.

Bardzo niedawno, bo w marcu r. b., w czasopiśmie »Charkowskij medic. żurnał« wyszła jeszcze jedna praca rosyjskiego autora Kandyby z charkowskiego instytutu bakteryologicznego (kierownik Niedrygajłow). Podaje on wyniki szczepienia na 181 królikach. Z tych (po wyłączeniu 80, które wcześniej zginęły lub użyte zostały dla wyjaśnienia specyalnych zagadnień), na 101 królików było 90 dodatnich szczepień, 8 ujemnych i 3 wątpliwe.

Krętka otrzymał Kandyba z człowieka, szczepił przeważnie do jąder metodą Tomasczewskiego. Nie zauważył on, żeby zaraźliwość jadu zwiększała się wskutek przeszczepiania. Od samego początku była ona bardzo znaczna. Nie zmniejszył się też w doświadczeniach Kandyby okres wylęgania. Najczęściej wylęganie trwało 4—7 tygodni, zdarzały

[1]) Na posiedzeniu lekarzy wiedeńskich 9. maja 1914 Matthauschek zawiadomił, że w 2 przypadkach porażenia postępowego i w dwóch przypadkach wiądu otrzymał wynik dodatni przy szczepieniu płynu mózgowo-rdzeniowego królika. Sem. medic. 1914, Nr 19. str. 228.

się jednak wahania od 14 do 240 dni. Pod tym względem badania Kandyby nie różnią się od badań innych autorów.

Bardzo ciekawe natomiast są jego wyniki w sprawie uogólnienia się przymiotu u królików. Twierdzi on, że już w kilka (7) dni po zakażeniu na miejscu zakażenia można wykazać zapomocą badań anatomo-patologicznych, że zakażenie nastąpiło i krętki zaczęły się rozmnażać. Również bardzo wcześnie (w jednym przypadku na drugi dzień, a w jednym na piąty dzień zakażenia) można zapomocą szczepień wykazać obecność krętków w śledzionie zakażonego królika.

Co do objawów wtórnych zwraca Kandyba uwagę na to, że, jak to już podkreślił Grouven, by je otrzymać u królików, potrzeba króliki poddać dłuższej, 13—15-miesięcznej obserwacyi. Takiej obserwacyi poddał on 25 królików (króliki rosyjskie, szczepione do jądra) i z nich u 19, t. j. w 76%, stwierdzono wtórne przypadłości w oku (keratitis syphilitica), w 40% swoiste sprawy na skórze i śluzówkach.

Co do częstości objawów ocznych, to, porównując swoje dane z pracami autorów, którzy, jak n. p. Tomasczewski, pracowali nad sprawą odporności przy przymiocie królików, Kandyba dochodzi do przekonania, że oko znajduje się pod tym względem w jakichś szczególnych warunkach i obiecuje poświęcić temu pytaniu osobną pracę.

Przechodzę teraz do własnych doświadczeń. Jako materyał do doświadczeń służył mi szczep, wyhodowany w lutym 1912 zapomocą wstrzyknięcia 2 cm³ krwi z chorego na kiłę do jądra królika. Po 23 dniach wylęgania zjawiło się stwardnienie w miąższu jądra, zawierające krętki blade. Przeszczepiając w ten sposób otrzymany szczep krętków z początku częścią na rogówkę, częścią do jąder królika (metoda Tomasczewskiego, a potem Uhlenhutha), otrzymałem dziś już trzynaste pokolenie krętka bladego. Do doświadczeń użyto 101 królików, z których 26 odpadło w ciągu doświadczeń jużto dlatego, że zginęły zawcześnie, jużto dlatego, że zostały użyte do specyalnych doświadczeń. Na pozostałych 75 królików miałem 66 wyników dodatnich (88%), 8 ujemnych i 1 wątpliwy. Do szczepień służyły mi przeważnie króliki rosyjskie. Podobnie, jak w badaniach Kandyby, szczep odrazu był bardzo zaraźliwy, a nie zauważyłem, by zaraźliwość ta z czasem pod wpływem przeszczepiań zwiększała się. Zmniejszył się chyba tylko okres wylęgania, lecz i to niebardzo wybitnie.

Okres wylęgania trwał:

Od	1	do	10	dni	w 0	przypadkach
»	11	»	15	»	» 8	»
»	16	»	20	»	» 15	»
»	21	»	25	»	» 8	»
»	26	»	30	»	» 17	»
»	31	»	35	»	» 6	»
»	36	»	40	»	» 7	»
»	41	»	45	»	» 2	»
»	46	»	50	»	» 2	»
Ponad	50	»	(77)	»	» 1	»

W przeszło połowie przypadków wynosił okres wylęgania od 15 do 30 dni, wahania od 13 do 77 dni. Drugie pokolenie tego szczepu, a mianowicie królik Nr 8 oddany został Dr Kleinowi (kijowski instytut bakteryolog.) Dr Klein upoważnił mnie do zaznaczenia, że cały ten czas podtrzymuje on szczep na rogówce królików, otrzymał już kilkanaście pokoleń i także podkreśla wysoką odsetkę wyników dodatnich z 20—30-dniowym okresem wylęgania.

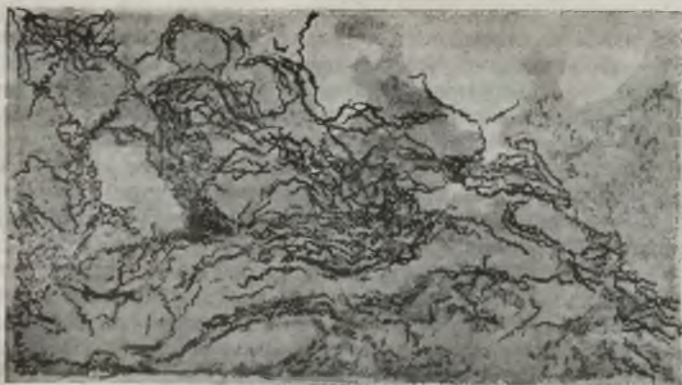
Króliki w Kijowie i w okolicy wszystkie chorują na świerzb, a osobliwie przy trzymaniu ich w klatkach choroba ta tak się rozwija, że zwierzęta zwykle po 3—4 miesiącach giną. Uwzględniając doświadczenia Kandyby, rozumiem teraz, dlaczego nie otrzymywałem większej ilości objawów wtórnych. Przyczyną tego było to, że króliki zawcześnie ginęły. Właściwie tylko u 3 królików z 75 zakażonych i będących dłuższy czas pod obserwacyą, a mianowicie Nr 35 (8 mies.), Nr 41 (10 mies.) i Nr 73 (7 mies.) mogłem oczekiwać zmian wtórnych. I rzeczywiście u dwóch z nich takie zmiany wystąpiły. Nr 35, zakażony do lewego jądra, w 5 mies. 16 dni po zakażeniu dostał ograniczonego zapalenia (orchitis circumscripta) w prawem jądrze, w którem stwierdziłem krętki metodą Burriego. Nr 41, zakażony do jądra, po zupełnem samoistnem wygojeniu się wrzodu pierwotnego, w 8 miesięcy po zaszczepieniu dostał zapalenia rogówki. W nacieku rogówki wprawdzie krętka nie wykryto, klinicznie jednak wyglądała ona nadzwyczaj typowo. U Nr 73 żadnych zmian nie zauważono.

Przed szczepieniem materyału, t. j. cząstek jądra zabitego królika, zwykle badałem go co do obecności krętka metodą Burriego. Zauważyłem, że im materyał był starszy, tem mniej zawierał krętków, a materyał wzięty z bardzo starych owrzodzeń czasami nie zawierał zupełnie widocznych zarazków. Jednakże nie wpływało to zupełnie na zaraźliwość materyału. Zbadałem przeto szereg przymiotowych zapaleń jądra metodą Nogouchiego (srebrzenie podobnie jak w metodzie Levaditiego) i otrzymałem szereg preparatów, z których widać, że w świeżych naciekach znajdują się tylko dobrze rozwinięte typowe krętki. Im starsze jest zapalenie jądra, tem mniej typowych krętków, a więcej ziarnistych mas, barwiących się metodą Nogouchiego ciemno, jak krętki. W bardzo starych zapaleniach jąder znajdujemy krętki w bardzo skąpej ilości i prawie wyłącznie w postaci ziarnistych, barwiących się srebrem na czarno mas, któremi preparaty są jakby usiane. Podobne spostrzeżenie pomogło Nogouchiemu wykryć krętki w mózgu paralityków. Badając te miejsca mózgu paralityków, w których było dużo ziarnistych mas, wykrył on w skąpej ilości typowe krętki.

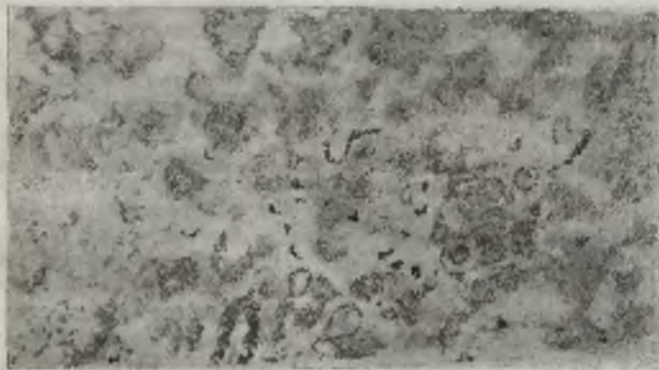
Co do pytania, jak zachowuje się krętek na miejscu szczepienia. Kandyba utrzymuje, że już po 7 dniach stwierdzał rozmnażanie się krętka. Tak wczesnych obserwacyi nie posiadam, lecz posiadam preparat jądra króliczego z 14. dnia po szczepieniu, makroskopowo prawie nie zmienionego, gdzie zapomocą metody Nogouchiego wykrywa się mnóstwo krętków.

10 królików leczyłem dożylnemi wstrzykiwaniami salwarsanu (0·15 neosalwarsanu) i z tych 7 królików przedstawiało objawy przymiotowego zapalenia rogówek, a 3 zapalenia jądra (orchitis et periorchitis). U wszystkich zmiany owe ustąpiły zupełnie w ciągu 2—15 dni. W jednym tylko przypadku próbowałem leczyć zapalenie rogówki wstrzykiwaniem sublimatu w ilości 0·002 na dawkę, lecz bez skutku. Ten sam królik został szybko wyleczony wstrzyknięciem 0·15 neosalwarsanu.

Drugiemu królikowi, po wyleczeniu zapomocą 0·15 neosalwarsanu zapalenia rogówki, zaszczepiono po 10 dniach (licząc od zupełnego wyzdrowienia) materyał zakaźny do



Kr. Nr 79. Orch. syphil. 20 dni po zakażeniu.



Kr. Nr 85. Orch. syphil. 68 dni po zakażeniu.

jądra. Po 33 dniach nastąpiło wyraźne stwardnienie na miejscu szczepienia.

Próby, podjęte przezemnie w celu otrzymania czystej hodowli krętka bladego sposobem Szereszewskiego i Nogouchiego, podobnie jak i próby, podjęte przez Kandybę nie doprowadziły dotychczas do pożądanych wyników.

Z tego, cośmy dotychczas powiedzieli, sądzę, że mamy prawo wyciągnąć następujące wnioski. Przymiot doświadczalny królików przyczynił się do wyjaśnienia patogenezy tej choroby u człowieka. Pomijając już, że wiele faktów, zaobserwowanych klinicznie u człowieka, udało się stwierdzić doświadczalnie, badania Uhlenhutha dowiodły, że krętek blady krąży we krwi w większej lub mniejszej ilości we wszystkich okresach przymiotu. Że przymiot jest przewlekłą spiryllozą, o tem już teraz nikt nie wątpi. Jak się zdaje, także nie ulega wątpliwości zdanie, że tak zwane choroby parasyfilityczne nie są niczem innem, jak objawami czynnego przymiotu z obecnością żywego krętka bladego, jeżeli nie we krwi, to przynajmniej na miejscach zmian chorobowych. Jednym z najciekawszych nierozstrzygniętych problematów pozostaje natomiast pytanie, w jaki sposób i kiedy krętek blady dostaje się do układu nerwowego człowieka i co się z nim dzieje w ciągu tego długiego czasu, który przechodzi między objawami wtórnymi przymiotu, a początkiem wiądu rdzenia i porażenia postępowego. Z tej dziedziny mamy jeszcze badań niewiele, lecz praca już zaczęta.

Piśmiennictwo. 1) Uhlenhuth i P. Multzer: Beiträge zur experimentellen Pathologie und Therapie der Syphilis mit besonderer Berücksichtigung der Impf-Syphilis der Kaninchen. Berlin 1913. — 2) Ciż sami. Weitere Mitteilungen über die Infektiosität des Blutes und anderer Körperflüssigkeiten syphilitischer Menschen für das Kaninchen. Berl. kl. Woch. 1913, Nr 17.— 3) Ciż sami. Weitere Mitteilungen über Ergebnisse der experimentellen Syphilisforschung. Berl. kl. Woch. 1913, Nr 44. — 4) H. Nogouchi. Paralysie generale et syphilis. Presse méd. 1913, Nr 81.— 5) Finkelstejn. K woprosu ob experimentalnom sifilisie krolikow. Russkij Wracz 1912, Nr 20. — 6) Kandyba. Eksperimentalnyj sifilis na krolikach. Charkowskij medic. żurnał. Marzec 1914. — 7) Centralbl. f. Bakteriol. Referate. Tom 57, 58, 59, 60. — 8) Bull. de l'Institut Pasteur 1911, 1912, 1913.

Z c. i k. Szpitala rezerwowego w Szembathely (Węgry). Komendant: Lekarz pułkowy Dr Juliusz Glück. (Oddział wewnętrzny: kierownik Dr Juliusz Sputz).

Prosty sposób wykrycia barwików żółci w moczu.

Podał

kand. med. Ludwik Rosenberg.

Jest rzeczą bardzo ważną, by w szpitalach polowych i rezerwowych zapomocą niewielu odczynników można wykonać badanie moczu co do kilku patologicznych składników. Do takich ważniejszych składników należą barwiki żółci.

Badanie co do tych barwików można wykonać także zapomocą tych samych odczynników, które służą do badania cukru (Trommer) i białka (próba biuretowa).

Jeżeli do około 10 cm³ moczu dodamy równą ilość 20% rozczynu ługu potasowego i 2—3 kropli 10% rozczynu siarczanu miedzi, to w razie obecności barwików żółci powstanie przy wstrząsaniu zabarwienie oliwkowo-zielone.

Dotychczasowe badania wykazały, że odczyn ten nie może być wywołany przez żaden inny składnik moczu.

Próba ta okazała się czułą [1]).

Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. Hans Much. **Nauka o odporności** (Die Immunitätswissenschaft. Eine kurzgefasste Übersicht über die biologische Therapie und Diagnostik für Ärzte und Studierende). Wydanie II. Würzburg 1914. Nakład C. Kabitzscha. Cena 8 Mk.

Nader liczne i rozległe badania doświadczalne lat ostatnich tak rozszerzyły i pogłębiły wiadomości o zjawiskach odporności i uodpornienia, że można mówić wprost o wyodrębnieniu się nowej, w sobie poniekąd zamkniętej gałęzi nauki. Toteż pomimo, że gałąź ta ciągle szybko się dalej rozrasta, że wiele zagadnień czeka jeszcze na wyjaśnienie, było rzeczą konieczną zestawienie zdobyczy już dokonanych i uporządkowanie zgromadzonego dotąd materyału dla tych, którzy, nie mogąc śledzić ogromnego piśmiennictwa tego przedmiotu, z trudnością oryentują się w istnym lesie zgromadzonych już faktów naukowych i wysnutych z nich, nieraz bardzo rozbieżnych, teoryi. Potrzebę tę odczuwają też coraz silniej szerokie koła lekarzy praktycznych wobec nader ważnych wyników, jakie nauka o odporności dała także dla dyagnostyki i terapii.

Wśród podręczników, mających zaradzić tej potrzebie, zasługuje na uwagę dzieło Mucha; autor miał na oku przedewszystkiem uczącą się młodzież i lekarzy praktycznych i unikał zbytecznego balastu, niemniej jednak starał się przedstawić rzecz dokładnie i nie pominąć żadnego szczegółu, istotnie ważnego. (Wadą książki są zawarte w niej gdzieniegdzie, niezbyt udatne próby »filozofowania«). Poszczególne rozdziały książki Mucha traktują o stosunku odporności do jadowitości zarazków, o czynnem i biernem uodpornieniu, o uodpornieniu przeciw jadom (toksynom),

[1]) Odczyn ten mógłby być przydatny, jeżeli niema pod ręką odczynników, potrzebnych do zwykłych sposobów wykrywania barwików żółciowych. Zależy on od obecności w moczu biliwerdyny, a występuje dopiero wobec znaczniejszej jej ilości; dlatego co do czułości nie może być porównany z właściwymi odczynami barwików żółciowych. (Przypisek Redakcyi).

o zarazkach, działających przez endotoksyny oraz o szczepieniach ochronnych i leczniczych w zakażeniach, wywołanych przez te zarazki, dalej o nadwrażliwości, o niwecznikach i ich zużytkowaniu dyagnostycznem (precypitacya, aglutynacya, odczyn opsoninowy, wiązanie dopełniacza i t. d.), o chemoterapii, a wreszcie o odporności i uodpornieniu w poszczególnych chorobach. W każdym rozdziale poświęcono osobne ustępy technice, co podnosi wartość dzieła, jako praktycznego podręcznika. Z.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska we Lwowie wniosła z końcem lipca b. r. do c. k. Namiestnictwa galicyjskiego następujące pismo:

Podpisana Izba lekarska, powstała w myśl ustawy z 22. XII. 1891 do obrad i uchwał we wszystkich sprawach, tyczących się rozwoju higieny publicznej i urządzeń sanitarnych, o ile w tych sprawach wchodzi w grę współdziałanie lekarzy, uchwaliła na posiedzeniu z d. 27. VII. b. r. zwrócić się do Władz kompetentnych z przedstawieniem naglących, jej zdaniem, wskazań, ze względu na obecny stan zdrowotności w mieście Lwowie i okolicy.

1. Zdaniem Izby, masowy napływ chorych zakaźnych z gmin obcych do Lwowa zagraża w wysokim stopniu miastu wielkiemi epidemiami, a ponieważ Lwów jest punktem węzłowym komunikacyjnym, zapowietrzenie Lwowa również i dla interesów armii nie jest pożądane. Izba lekarska pozwala sobie tedy zwrócić uwagę, że w myśl obowiązujących przepisów ustawowych, dostęp chorych zakaźnych powinien być wstrzymany, natomiast chorzy ci powinni znaleść opiekę i pomoc lekarską w osobnych szpitalach epidemicznych, zakładanych przez gminy.

2. Izba lekarska uważa za konieczne, by w gminach zakażonych ograniczono obrót środkami spożywczymi i nie dopuszczano do miasta artykułów spożywczych z domostw zakażonych.

3. Wogóle ruch ludności z miejsc zakażonych powinno się ograniczyć do niezbędnej konieczności, aby zapobiedz przenoszeniu zarazków do miasta. Z tego powodu byłoby pożądane, aby pobór wojskowy z gmin powiatu lwowskiego nie był scentralizowany we Lwowie, lecz odbywał się w pewnych punktach zbornych w powiecie. Także konwoje więźniów i skazańców z miejscowości zakażonych do dalszych etapów należałoby przeprowadzać ile możności z ominięciem Lwowa.

4. Izba lekarska dalej mniema, że wobec rozpowszechnienia epidemii we wschodniej części kraju zwalczanie ich należałoby ująć w jednolity plan i kierować akcyą przeciwepidemiczną w sposób celowy. Dla osiągnięcia tego niezbędne jest ustanowienie we Lwowie sanitarnej ekspozytury Namiestnictwa, uposażonej w fachowe siły sanitarne i reaktywowanie we Lwowie Krajowej Rady zdrowia lub Rady zdrowia dla wschodniej części kraju, gdyż kierowanie akcyą przeciwepidemiczną z Białej jest niewykonalne i wskutek tego cała ta akcya chroma, nie mając należytego współdziałania ze strony administracyi państwowej.

5. Izba lekarska oznajmia gotowość uczestniczenia przez delegatów w pracach czy to krajowej komisyi sanitarnej, czy innych ciał doradczych, i oczekuje w tej mierze wezwania Władzy.

6. Izba lekarska uważa rekwirowanie wojenne sił lekarskich ze Lwowa dla usług sanitarnych na prowincyi za niebezpieczne, gdyż ludność Lwowa i tak ma utrudnioną pomoc lekarską wskutek ogromnego zeszczuplenia liczby lekarzy miejscowych. Natomiast Izba sądzi, że możnaby pod zagrożeniem utraty posady zawezwać wszystkich lekarzy rządowych, okręgowych, gminnych, lub zajmujących jakiekolwiek inne stałe posady na prowincyi, a obecnie gdzieindziej przebywających, do powrotu na opuszczone posterunki. Izba lekarska od siebie zwróciła się do przynależnych lekarzy, którzy z kraju wyjechali, z wezwaniem do powrotu na swoje stanowiska.

7. Izba lekarska podziela obawy, że rekwirowanie mąki po domach mogłoby przyczynić się do rozpowszechnienia dalszego epidemii.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska w Krakowie wniosła do c. k. Namiestnictwa galicyjskiego następujące przedstawienie:

Stosownie do § 4 ustawy o Izbach lekarskich z d. 22/12 1891, nakładającego na Izby lekarskie obowiązek zajmowania się także sprawami zdrowotności w kraju, ma zaszczyt Izba lekarska zachodnio-galicyjska na zasadzie uchwały Wydziału z dnia 30 września b. r. przedstawić Wysokiemu c. k. Namiestnictwu pilne, zdaniem Izby, wskazania ze względu na obecny stan kraju pod względem sanitarnym, a mianowicie ze względu na panujące w znacznym rozmiarze epidemie, na pogorszenie się stosunków sanitarnych w okolicach zniszczonych najazdem nieprzyjacielskim, na niehigieniczne warunki, w których znajduje się ludność pozbawiona pomieszkań, na niebezpieczeństwo, zagrażające zdrowiu ludności przez niedostateczne lub niewłaściwe pożywienie, wreszcie ze względu na obawę wpływów zwyradniających, działających w obecnym czasie w wysokim stopniu nadzieci.

Z tych względów byłoby, zdaniem Izby, pożądane jak najrychlejsze przeprowadzenie następujących na razie środków:

1) Ponieważ kierowanie akcyą przeciwepidemiczną i asanacyjną od zachodnich granic kraju, z Białej, nie może być łatwe i tak szybkie, jak tego obecne stosunki wymagają, przeto należałoby utworzyć niezwłocznie w środkowych częściach kraju ekspozytury sanitarne c. k. Namiestnictwa, wyposażone w odpowiednie kompetencye, siły i środki. Gdyby zaś nawet utworzona została taka ekspozytura we Lwowie, to byłaby pożądana druga jeszcze ekspozytura w jednem z miast, bliższych zachodu, a to przynajmniej dopóty, dopóki »ściślejszy teren wojenny« i złączone z nim utrudnienia komunikacyjne i t. p. nie przesuną się bardziej jeszcze na wschód.

2) O ileby obecnie działające inspektoraty sanitarne nie mogły podołać zwiększonej pracy, byłoby pożądane zorganizowanie inspekcyi sanitarnych, powołanych z poza grona c. k. lekarzy urzędowych.

3) Konieczne jest umożliwienie warunków bytu dla lekarzy w okolicach zdewastowanych przez przygotowanie dla nich stosownych mieszkań i dostarczenie całego utrzymania, jak to często się dzieje obecnie w innych krajach koronnych Austryi, chociaż nawet nie były one dotknięte klęską wojny. Takie świadczenia »in natura« mogą znacznie ułatwić pozyskanie dostatecznej liczby lekarzy na stanowiska lekarzy epidemicznych, oraz powrót lekarzy praktycznych do ich dawniejszych stałych siedzib. Niezbędne jest również zapewnienie lekarzom, zajętym akcyą przeciwepidemiczną i asanacyjną, środków lokomocyi przez uproszenie podwód lub automobilów od c. i k. Władz wojskowych tam, gdzie w inny sposób podwody znaleść trudno.

4) Obok kolumn sanitarnych ruchomych, organizowanych przez Krakowski Komitet Książęco-biskupi i Towarzystwo Czerwonego Krzyża, a zasługujących na jak największe poparcie, byłoby pożądane stworzenie takichże kolumn przez c. k. Władze sanitarne kosztem rządu.

5) Obok budowy szpitali stałych konieczne jest stworzenie ruchomych, należycie uposażonych szpitali barakowych w myśl ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych. Zarazem byłoby nadzwyczaj pożyteczne stworzenie w kilku odpowiednich punktach kraju rządowych składów rekwizytów i urządzeń szpitalnych (łóżek, pościeli, narzędzi i t. p.) celem szybkiego zaopatrywania szpitali prowizorycznych, stworzonych w ogniskach epidemii w odpowiednio zaadaptowanych, już istniejących budynkach publicznych lub prywatnych.

6) Celem ochrony dzieci od wpływów fizycznie i moralnie zwyradniających należałoby uruchomić jak najliczniejsze ochronki pod opieką Zgromadzeń zakonnych żeńskich, pracą tą się zajmujących, oraz tworzyć ochronki wszędzie, gdzie ich dotąd nie było.

7) Organa sanitarne powinnyby dołożyć wszelkich wysiłków dla przyspieszenia odbudowy zniszczonych mieszkań, a przynajmniej dla stworzenia mieszkań prowizorycznych, odpowiadających elementarnym wymogom higieny, jakoteż powinnyby wydatnie współdziałać w akcyi zaopatrzenia ludności w żywność, nietylko ilościowo dostateczną, lecz także odpowiednią co do jakości i wzajemnego stosunku jej składników (a to wobec stwierdzonych już przypadków chorób »głodowych«, powstających przez złą jakość lub nieodpowiedni skład żywności, chociaż ilość jej jest wystarczająca). W obu tych sprawach spoczywa na organach sanitarnych i władzach politycznych niezmiernie doniosłe zadanie zapobieżenia zwyrodnieniu ludności, już choćby z samego tylko względu na jakość przyszłego materyału żołnierskiego dla c. i k. armii.

8) Z tegoż względu, wobec nader silnie zwyradniającego wpływu kiły, która się w kraju zastraszająco szerzy, należałoby tę chorobę objąć przepisami ustawy o chorobach zakaźnych, do czego ustawa ta daje dostateczne środki.

Izby lekarskie galicyjskie podają do wiadomości kolegów następujące rozporządzenia c. k. Namiestnictwa galicyjskiego:

L. VII b. 131884 z 18. X. 1915. C. i k. Ministerstwo wojny reskryptem z 7. października 1915, L. 23555/Oddz. 14, poleciło z powodu specyalnego wypadku wszystkim komendom wojsko-

wym, ażeby zakazały zakładom sanitarnym stosowania surowicy przeciwtężcowej do szczepień ochronnych żołnierzy przed odejściem ich w pole, a to z tego powodu, że szczepienie takie, udzielając ochrony trwającej tylko w przybliżeniu 14 dni, równa się trwonieniu surowicy. Namiestnictwo poleca wskutek reskryptu Ministerstwa spraw wewnętrznych z 12. października 1915, L. 15104/S zawiadomić o tem lekarzy urzędowych, zarządy szpitali prywatnych i wszystkich w powiecie (mieście) osiadłych lekarzy z wezwaniem, by się ściśle do tego zastosowali.

L. VII. b. 142052 z 10. XI. 1915. C. k. Ministerstwo spraw wewnętrznych w porozumieniu z c. i k. Ministerstwem wojny zabroniło reskryptem z 25. października b. r. L. 14829/S, by aptekarze i lekarze uprawnieni do utrzymywania aptek domowych aż do odwołania wydawali stronom prywatnym kwas pikrynowy (acidum picronitricum) w jakiejkolwiekbądź postaci lub przetworze, nawet na przepis lekarski. Recepty, w których przepisano kwas pikrynowy, mają być natychmiast przez aptekarza zwracane lekarzowi ordynującemu, w razie zaś, gdyby to nie było możliwe, stronie, z odwołaniem się na powyższe zarządzenie. Apteki publiczne mogą aż do odwołania wydawać kwas pikrynowy lub jego przetwory tylko publicznym zakładom leczniczym. O czem należy bezzwłocznie zawiadomić wszystkich w powiecie (mieście) osiadłych aptekarzy, tudzież lekarzy utrzymujących apteki domowe.

Z żałobnej karty.

Rok wojny przyniósł w szeregach lekarzy polskich liczne i bolesne straty. Nie o wszystkich doszła nas jeszcze wiadomość; prawdopodobnie jednak śmierć zabrała stosunkowo więcej ofiar z pośród lekarzy Polaków, niż z pośród lekarzy innych narodowości. Oprócz tych, którzy padli na polu walk, zginęło bowiem wielu z chorób zakaźnych, w Polsce, najsrożej dotkniętej wojną, najbardziej się też panoszących, najwięcej przeto wystawiających na niebezpieczeństwo naszych lekarzy, którzy trwali na posterunkach; wreszcie zgasł niejeden przedwcześnie, gdy na ustrój, podkopany już oddawna, zwalił się niepokój o los najbliższych i troska o przyszłość Ojczyzny, trawiąca dziś duszę każdego Polaka.

Poświęcając Zmarłym Kolegom kilka słów wspomnienia, zdajemy sobie sprawę z tego, że wspomnienia te nie będą ani tak dokładne, ani tak obszerne, jak na to Zmarli zasłużyli; tych kolegów, którzy byli działalności Ich bliższymi świadkami, prosimy o uzupełnienie wiadomości o Ich życiu i pracach.

Straty nie oszczędziły żadnego z ognisk naszego życia lekarskiego, żadnej z naszych stolic.

Najstarsza dzielnica, Wielkopolska, straciła w listopadzie b. r. jednego z najdzielniejszych pracowników społecznych i narodowych, Dr. Ksawerego Zakrzewskiego. Urodzony w r. 1876 w Wełnie pod Gnieznem, studyował medycynę w Lipsku, Berlinie i Paryżu. Oprócz pracy lekarskiej krzątał się w Poznaniu gorliwie i skutecznie na polu pracy publicznej; zasłużył się też bardzo w Towarzystwie Czytelni ludowych i w Towarzystwie »Sokół«, których był prezesem; był twórcą biblioteki imienia Kraszewskiego.

Śmierć Dr. Bronisława Zieminskiego w Warszawie była ciężką stratą dla nauki polskiej. Znakomity ten okulista polski urodził się w Płocku w r. 1860, nauki średnie przebył w Warszawie, uniwersyteckie w Dorpacie (1884), gdzie był asystentem kliniki prof. Raehlmana do r. 1885. W następnych dwu latach pracował w klinice Dr Gałęzowskiego w Paryżu, potem w Anglii, od r. 1888 w Warszawie w szpitalu na Pradze i w szpitalu Dzieciątka Jezus. W r. 1892 został ordynatorem warszawskiego Zakładu oftalmicznego im. ks. Lubomirskiego, a w r. 1908 wybrany został prezesem »Polskiego Towarzystwa okulistycznego«. Jako doskonały praktyk cieszył się wielkiem wzięciem w całym kraju, a wśród kolegów był w swoim dziale powagą; uznanie to zdobył sobie wytrwałą samodzielną pracą, której owocem było 37 rozpraw, a wreszcie wydany w r. 1909 »Zarys okulistyki«. Zmarł w maju r. b. w Warszawie[1].

W lipcu b. r. ubył z grona kolegów warszawskich Dr Augustyn Łogucki, należący do najpopularniejszych tamtejszych lekarzy. Przez bardzo szerokie koła społeczeństwa ceniony był zarówno jako lekarz (głównie w zakresie chorób dróg oddechowych), jak i jako szlachetny i uczynny człowiek. Urodzony w r. 1868, szkoły średnie przebył w Piotrkowie; wydział lekarski ukończył w Warszawie w r. 1887. Jego działalność naukowa wyrażała się głównie na posiedzeniach Towarzystwa lekarskiego warszawskiego; przedstawiane tam spostrzeżenia zapisał »Pamiętnik« tego Towarzystwa i »Medycyna«.

Lwów stracił wybitnego chirurga, jednego z nielicznych u nas wychowańców starszych szkół francuskich, których dobre tradycye przedstawiał, profesora Dr Grzegorza Ziembickiego. Pracę praktyczną i piśmienniczą rozpoczynał w Paryżu, gdzie w r. 1876 ogłosił rozprawę »Essai clinique sur les tumeurs solides de l'ovaire« i skąd wyjeżdżał, odznaczony legią honorową, tak rzadko dla cudzoziemców dostępną. Odtąd, aż do ostatnich lat długiego żywota, spędzonego pracowicie na stanowisku prymaryusza oddziału chirurgicznego w krajowym szpitalu we Lwowie, ciągnie się liczny szereg śladów Jego działalności, głównie na posiedzeniach Towarzystwa lekarzy galicyjskich, później Towarzystwa lwowskiego i na Zjazdach chirurgicznych polskich. Są to nietylko mnogie ciekawe spostrzeżenia chirurgiczne, ale też wiele oryginalnych, niejednokrotnie bardzo pomysłowych sposobów postępowania lub ulepszeń; w Pamiętnikach Zjazdów chirurgicznych i w sprawozdaniach z lwowskich posiedzeń w »Przeglądzie lekarskim«, a później w »Lwowskim Tygodniku lekarskim« odzwierciedla się też głównie praca twórcza ś. p. Ziembickiego. Jako wykonawca pozostał ś. p. Ziembicki wiernym zwolennikiem mistrzów francuskich; sam zaś na swoim lwowskim oddziale, jednym z największych w Polsce, wychował zastęp uczniów, z których niejeden potem w chirurgii polskiej dobrze się zapisał. Po utworzeniu Wydziału lekarskiego we Lwowie został Ziembicki mianowany profesorem nadzwyczajnym, co pozwoliło mu rozwinąć działalność dydaktyczną w szerszym zakresie. Jako człowiek i kolega ujmował uczynnością, dobrocią, wytwornością obejścia; wśród chorych zaskarbiał sobie szeroko uznanie. Zmarł w czasie zajęcia Lwowa przez wojska rosyjskie.

[1] Gorące wspomnienie pośmiertne, pióra prof. Wicherkiewicza, znajduje się w krakowskiej »Nowej Reformie« z d. 21. VI. 1915.

Krakowska wszechnica pożegnała w roku wojny na zawsze dwóch swych profesorów nadzwyczajnych. Prof. Dr Karol Żuławski, ur. w Limanowej w 1845, promowany w r. 1870 w Krakowie na doktora medycyny, w Wiedniu 1872 na magistra położnictwa, od r. 1876 pracował w zakresie psychiatryi, zrazu jako sekundaryusz dawnego szpitala św. Ducha, potem jako zastępca (1880), a w końcu prymaryusz (1881—1915) szpitala św. Łazarza. Karol Żuławski przez długi szereg lat, zanim Kraków doczekał się osobnej katedry i kliniki psychiatrycznej, sam jeden, jako docent (od r. 1886), uczył tego przedmiotu. Życie nie słało ś. p. Żuławskiemu róż pod stopy; z ciężkiej pracy lekarza praktyka na prowincyi pociągnęło go zamiłowanie do pracy lekarza-psychiatry, cięższej bodaj jeszcze, jeżeli odbywa się w nieodpowiednich warunkach. A takie były jej warunki na oddziale psychiatrycznym krajowego szpitala w Krakowie, od początku wadliwym, wiecznie nadmiernie przepełnionym. Niezwykłe to było serce, które w tych warunkach nie zgorzkniało, które dawało ś. p. Żuławskiemu niezmąconą pogodę, dobre dla wszystkich słowo, które kierowało Jego ręką, pomocną każdej biedzie, — rzetelnie, a bez rozgłosu. Była to prosta, szlachetna dusza, dziwnie do »swoich« chorych przywiązująca się, dobry, szczery człowiek, dobry kolega. Publikował ś. p. Żuławski niewiele, przeważnie przed r. 1890; prace swe ogłaszał w »Przeglądzie lekarskim«.

Wielka pracowitość, sumienność posunięta niemal do pedanteryi, niezwykła erudycya, odznaczały prof. Dr Stanisława Ponikłę. Ur. 1854 r. w Nowym Sączu, przebył wszystkie szkoły i egzamina z odznaczeniem, doktoryzował się w Krakowie w r. 1877; od r. 1879—1881 był asystentem przy katedrach anatomii patologicznej i kliniki lekarskiej w Krakowie. Stamtąd przeszedł do rządowej służby sanitarnej, od r. 1882 na stanowisku lekarza powiatów krakowskiego i wielickiego, zdziałał tutaj wiele dla poprawy warunków zdrowotnych. Po ustąpieniu w r. 1893 Dr. Harajewicza objął kierownictwo krajowego szpitala św. Łazarza w Krakowie. Szpital ten zawdzięcza mu różne ulepszenia, o ile one w starych i nieodpowiednich budynkach wogóle przeprowadzić się dały, oraz budowę dezynfektora i pawilonu zakaźnego, zdobycze, jak na tamte czasy i stosunki, wielkie. Pracę piśmienniczą rozpoczął Ponikło jeszcze przed ukończeniem studyów (1876); publikował wiele, w »Przegladzie lekarskim«, w pismach angielskich i niemieckich, w czasach asystentury z zakresu chorób wewnętrznych, później z zakresu epidemiologii i higieny. Uzyskawszy »veniam legendi« (1881), z zamiłowaniem wykładał dział chorób zakaźnych jako docent, później jako profesor nadzwyczajny. Z początkiem r. 1908 przeszedłszy na emeryturę ze stanowiska dyrektora szpitala, zajął się studyami historyczno-lekarskiemi, jednakże ciągle postępujące przedwczesne wyczerpanie ustroju nie dozwoliło mu zebrać owocu tych studyów.

Z młodszego pokolenia, rokującego piękne nadzieje na polu naukowem, zmarł w r. z. w Krakowie Dr Stanisław Mostowski, asystent katedry chemii fizyologicznej; z grona asystentów Wszechnicy lwowskiej Dr Godzieliński, demonstrator przy katedrze medycyny sądowej, zginął na placu boju.

Liczne szczerby przyniósł rok ubiegły w gronie lekarzy, poświęcających się działalności praktycznej. Zmarł we Lwowie sędziwy Dr Longschamps, który poświęciwszy się służbie wojskowej, doszedł wysokiego stanowiska generała lekarza sztabowego, a zżyty ze Lwowem, tam też pozostał, jako emeryt; zmarli także wieloletni lekarz sądowy Dr Chomin, Dr Władysław Borzęcki, dalej psychiatra i neurolog, kierownik prywatnego sanatoryum Jan Świątkowski, Gembarzewski, Koczyrkiewicz, Turnau, ceniony lekarz miejski Dr Emil Elektorowicz (ur. 1848 w Stanisławowie). Z lwowskich lekarzy, praktykujących za granicami kraju, zmarł Dr Kołaczkowski w Karlsbadzie.

Wśród lekarzy prowincyonalnych w Galicyi zabrakło kilku wybitnych i zasłużonych. W Tarnowie zmarł w październiku r. b. dyrektor szpitala powszechnego, Dr Włodzimierz Rogalski. Urodzony w r. 1871 we Lwowie, ukończył studya lekarskie w Wiedniu, poczem osiadłszy w Tarnowie, zasłynął wnet w mieście i okolicy jako dobry chirurg. W tym też głównie kierunku pracował w szpitalu, dla którego zdołał uzyskać gruntowną przebudowę i rozszerzenie, przemieniające ten zakład w jeden z najlepszych szpitali prowincyonalnych. Wśród ludności cieszył się wielkiem poważaniem i niezwykłą sympatyą[1]. Ofiarą zawodu, zaraziwszy się durem, padli Dr Ludwik Katyński, lekarz miejski, były burmistrz i obywatel honorowy w Bieczu (w 51 r. ż.), Dr Witold Bilwin w Olchowcu nad Dniestrem, Dr Hugo Lazarus w Krakowcu w jarosławskiem, na cholerę zginął Dr Michał Gilnrainer, lekarz miejski i okręgowy w Tłustem, gorliwy działacz patryotyczny.

Na innym bohaterskim posterunku zginęli dwaj przedstawiciele najmłodszego pokolenia, którzy w imię służby dla Ojczyzny pospieszyli w szeregi Legionów polskich. Dr Tadeusz Zuliński, wychowaniec wszechnicy lwowskiej, ledwo po doktoracie (1913) osiadł jako lekarz w Mikołajowie, gdy z wybuchem wojny zagrała w nim krew stryja, Romana, jednego z pięciu członków Rządu narodowego z r. 1863, straconego na stokach cytadeli warszawskiej; zginął z bronią w ręku, od rany szrapnelem. Od kuli zginął Tadeusz Talapka, krakowianin i wychowaniec Wszechnicy krakowskiej, który poszedł na pole walk tuż przed ostatnimi egzaminami lekarskimi, a pełnił ciężką pracę lekarza polowego.

Nie mamy dotąd wiadomości o zmarłych na prowincyi kolegach z Królestwa. Z Galicyi doszły nas zawiadomienia jeszcze o śmierci Dr. Romana Sopińskiego, który doszedłszy w służbie rządowej w Bośni stanowiska radcy rządu, osiadł był na emeryturze w Krakowie, o śmierci wieloletniego lekarza miejskiego w Cieszanowie, mg. ch. Aszera Rottera, Dr. Jana Stefanickiego ze Stanisławowa, Dr. Hugona Ehrlicha z Przemyśla.

Na innem, nie-lekarskiem polu, zdobył sobie imię ś. p. Dr Tadeusz Krygowski ze Lwowa. Badacz Wschodu, wybitny oryentalista, autor kilku prac z tego zakresu, władający językiem hebrajskim, asyryjskim, perskim i tureckim, był jedynym Polakiem, który współpracował w przekładzie koranu, wydanym przez Hirsemanna w Berlinie. Zgromadził cenne zbiory oryentalistyczne.

Wreszcie niech nie będzie tu pominięte nazwisko pracownika, który, choć nie lekarz, przejął się gorąco sprawą zdrowia społeczeństwa i znaczną część życia swego poświęcił krzewieniu idei wychowania fizycznego. Ś. p. Władysław Ryszard Kozłowski, zmarły w marcu r. b., w licznych swych osobnych publikacyach i w redagowanem przez siebie od r. 1906 czasopiśmie »Ruch«, oraz w mnogich artykułach w »Przeglądzie pedagogicznym«, był nieznużonym krzewicielem tej idei, której doniosłości dla każdego społeczeństwa, chcącego utrzymać swój byt, uczy teraz nauczyciel tak straszliwy i srogi, jak właśnie ten rok ostatni. C.

[1] Wspomnienie pośmiertne w krakowskiej »Nowej Reformie« z d. 26. X. 1915.

Odpowiedzialny redaktor: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**